

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

MAGISTERSKÁ PRÁCE

**Problematika sebepoškozování u dospívajících  
ve srovnání běžné školy a výchovného zařízení**

The Issue of Adolescent Self-harm in Comparism of  
Regular School and Facility for Kids with Behavioral  
Disorders

PRAHA 2014

TÁŇA ZIMMERMANNOVÁ

## **Poděkování**

Ze všech lidí, kteří mají zásluhu na dokončení této práce, bych ráda poděkovala především PhDr. Arnoldové za odborné vedení této práce.

## **Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci s názvem *Problematika sebepoškozování u dospívajících ve srovnání běžné školy a výchovného zařízení* napsala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů a moje práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

*V Praze, 20.6.2014*

.....

## **Anotace**

ZIMMERMANNOVÁ, Táňa. *Problematika sebepoškozování u dospívajících ve srovnání běžné školy a výchovného zařízení*. Praha: Husitská teologická fakulta Univerzity Karlovy, 2014. s. 80. Diplomová práce.

Tato práce se zabývá fenoménem sebepoškozování u dospívajících, a to nejen z hlediska jeho prevalence u běžné a problematické mládeže, ale také z hlediska profesionálů, kteří s mládeží pracují. Výzkumná část práce je proto rozdělena do dvou částí. První mapuje výskyt sebepoškozování u žáků běžné střední školy ve srovnání s klienty etopedického - Dětského domova se školou (DDŠ) v Chrudimi a je zpracována pomocí standardizovaného dotazníku Self-Harm Inventory (SHI, 1998). Klade si za cíl zjistit, zda lze předpokládat, že sebepoškozování ohrožuje pouze dospívající ve speciálním zařízení a v běžné populaci se jedná o okrajovou záležitost. Druhá výzkumná část je zaměřena na odhalení znalostí a z nich vycházejících kompetencí pedagogických pracovníků k intervenci sebepoškozujícího chování u mládeže. Cílem je porovnat kompetence profesionálů v běžné škole (učitelů) a v DDŠ (učitelů a vychovatelů) za využití speciálně pro tento účel vytvořeného dotazníku Self-Injury Survey (SSI, 2007).

**Klíčová slova:** sebepoškozování, dospívání, střední škola, dětský domov se školou, Self-Harm Inventory, Self-Injury Survey

## **Annotation**

ZIMMERMANNOVÁ, Táňa. *The Issue of Adolescent Self-harm in Comparism of Regular School and Facility for Kids with Behavioral Disorders*. Praha: Hussite Theological Faculty, The Charles University, 2014. pp 80. Diploma Dissertation.

The thesis is focused on the phenomenon of adolescent only, concerning its prevalence among normal and problematic youth, and also the knowledge of professionals who work with youth. The research is divided in two parts. The first one maps the incidence of self-harm among pupils of a secondary school in comparison with clients of *Facility for Kids with Behavioral Disorders* in Chrudim and is processed using a standardized questionnaire called Self-Harm Invetory (SHI, 1998). It aims to find out whether it can be assumed that self-harm threatens only adolescents with special needs and if it is a marginal issue in general population. The second part of the research is focused on the discovery of knowledge and the basic skills of educators to intervene only behavior among youth. The aim is to compare competnce of professionals in mainstream school and facility for kids with behavioral disorders using the specially created questionnaire Self-Injury Survey (SSI, 2007).

Keywords: self-harm, teen age, secondary school, facility for kids with behavioral disorders, Self-Harm Invetory, Self-Injury Survey

## Obsah

Seznam použitých zkratk	7
1. ÚVOD	8
2. DEFINICE PROBLÉMU	11
2.1 Kulturní souvislosti	11
2.2 Vymezení problému	14
2.3 Sebeпоškozování a disociativní poruchy	17
2.4 Výchovné souvislosti	19
2.4.1 Výchova v rodině	19
2.4.2 Výchova ve škole	22
3. CHARAKTERISTIKA DDŠ V KONTEXTU SOUČASNÉ TRANSFORMACE	25
3.1 Klienti DDŠ	27
3.3 Rizika zařízení kolektivní výchovy	30
3.4 Hodnocení dětí v DDŠ	33
3.5 Výchova jako vztah	35
3.6 Vzdělávání dětí v DDŠ	36
3.6.1 Prevence sociálního vyloučení	36
4. MOŽNOSTI INTERVENCE A TERAPIE	38
4.1 Intervence	39
4.2 Terapeutické možnosti	42
5. PRAKTICKÁ ČÁST	47
5.1 Výzkumné otázky a hypotézy	47
5.2 Popis DDŠ Chrudim	48
5.2.1 Výchovné působení DDŠ Chrudim	49
5.3 Popis Hotelové školy a Střední školy Bohemia Chrudim	50
5.3.1 Výchovné působení	51
5.4 Metodologie	52
5.4.1 Screening prevalence	52
5.4.2 Zjišťování kompetence pedagogických pracovníků	54
5.5 Výsledky 1. části – prevalence jevu	58
5.5.1 Realizace 1. části výzkumného šetření	58

5.5.2 Interpretace výsledků 1. části výzkumu .....	60
5.6 Výsledky 2. části výzkumu – kompetence pedagogických pracovníků .....	63
5.6.1 Realizace výzkumného šetření .....	63
6. ZÁVĚR A DISKUZE .....	70
7. RESUMÉ .....	73
8. SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ .....	74
9. LITERATURA .....	75
10. PŘÍLOHY .....	80

## **Seznam použitých zkratk**

NSSI Nonsuicidal self-injury

ISSS International Society for the Study of Self-Injury

SHI Self-Harm Inventory

SSI Self-Injury Survey

MKN Mezinárodní klasifikace nemocí

ÚZIS Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

ADHD Attention Deficit Hyperactivity Disorder

CAN Child Abused and Neglect

DDŠ Dětský domov se školou

DDÚ Dětský diagnostický ústav

DDM Dům dětí a mládeže

EU Evropská unie

LMP Lehké mentální postižení

MŠMT Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

NAP Národní akční plán

NRP Náhradní rodinná péče

OSPOD Orgán sociálně právní ochrany dítěte

OV Ochranná výchova

IVP Individuální vzdělávací plán

RVP ZV Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání

ŠVP školský vzdělávací program

ÚV Ústavní výchova

VÚ Výchovný ústav

SŠ Střední škola

ČSÚ Český statistický úřad

MKN 10 Mezinárodní klasifikace nemocí

KBT Kognitivně behaviorální terapie

DBT Dialektická behaviorální terapie

CAT Kognitivně analytická terapie

# 1. ÚVOD

Sebepoškozování je pro ty, kteří jím trpí, často spojeno s pocity viny a studu, proto je pro ně těžké sdílet tuto specifickou životní zkušenost s blízkými. Přitom vyplývá podobně jako jiné sebedestruktivní praktiky často z problémů s přijetím sebe sama jako hodnotné lidské bytosti. Je ovšem velmi těžké vidět svoji hodnotu v situaci, když vám okolí nezprostředkovává pozitivní zpětnou vazbu o sobě samém, zejména v rámci kladných mezilidských vztahů. Dnes již se otevřeně hovoří o následcích zanedbávající výchovy na dítě, celém komplexu symptomů shrnovaných pod zkratku CAN (Child Abuse and Neglect, syndrom týraného a zneužívaného dítěte). Přesto ve výčtu jeho následků právě sebepoškozování bývá často opomíjeno. I u odborné veřejnosti stojí tato problematika mimo okruh pozornosti a v běžné populaci je často rozšířen názor, že se jedná o obskurní chování psychicky značně narušených jedinců (Favazza, 2011). Přitom lze říci, že sebepoškozování je do jisté míry běžnou záležitostí, kdy všelijaké zdobení i hyzdění těla je mnohým lidem prostředkem k individualizaci a vyčlenění se z davu. Zdá se, že problematicky je sebepoškozování viděno tehdy, kdy není dáváno na odiv, ale naopak se stává nesdíleným tajemstvím, jakousi třináctou komnatou. Tehdy je v něm těžké hledat nějaký smysl – proč by měl člověk snášet bolest, když ji nikdo nevidí?

Většina odborníků se dnes shoduje, že v takovém případě se jedná spíše o „volání o pomoc“, ač nemusí být takto uvědomělá, o pomoc při vypořádání se s traumatizující událostí či o pomoc s nalezením sebe sama, své vlastní hodnoty a životní cesty, která by dala člověku transcendingý smysl jeho bytí. Tento veskrze lidský úkol přitom není jednoduchý ani pro jedince vyrůstajícího v relativně harmonickém prostředí vlastní rodiny, natož pro člověka, který se z rodiny nese negativní emocionální zátěž, jakou



si běžně nesou děti ze zařízení náhradní rodinné péče, zejména pak z dětských domovů se školou.

Problematika totálních institucí byla již mnohokrát popsána a výzkumy jednoznačně přesvědčují o jejich negativním vlivu na vývoj lidského jedince. V souvislosti s tím se ozvala volání po změně ve směru k otevřeným, demokratičtěji fungujícím institucím, které byly konečně vyslyšeny a jsou zohledněny v programu transformace NRP (náhradní rodinné péče), která od tohoto roku vešla v platnost a již by se stávající zařízení měla přizpůsobit. Jedním z dle mého názoru hlavních kladných důsledků je omezení přesunování dítěte ze zařízení do zařízení (ať již z důvodu věku či výchovných problémů), které umožňuje alespoň částečně dětem saturovat potřeby jistoty a bezpečí a otevírá možnost navázání pozitivního mezilidského vztahu s pečující osobou, jejíž nedostatek stojí často v samotném srdci problémů s dětmi, ať již se pak tyto bolestivé zkušenosti transformují do jakéhokoli negativního důsledku, od poruch chování až po sebepoškozování. Společným jmenovatelem problémů těchto dětí je přitom, jak již bylo řečeno, nedostatečná sebeúcta. Ta se ale objevuje také u mnoha dětí z běžné populace, zde je otázkou do jaké míry se na ní podílí pouze rodinná výchova a do jaké míry jiné sociální instituce, především pak škola.

Školu jistě nelze srovnávat s totálními institucemi (jako institucemi zahrnující téměř komplexně životní prostor jedince), v životě dítěte však představuje po rodině nejvýznamnější socializační a identifikační sociální skupinu. Význam školy spočívá v tom, že nabízí saturování víceméně všech životních potřeb, včetně potřeb seberealizace a otevřené budoucnosti. V tom je její potenciál, ale i moc a výrazně záleží na učitelích, jak s touto mocí naloží. Škola také čím dál častěji zastupuje výchovné funkce rodiny, což je dáno nejen tím, že mnoho rodičů nemá na děti vzhledem k pracovnímu vytížení dostatek času, ale také tím, že dnes čím dál větší počet dětí žije v neúplných rodinách, kde

často chybí především otcovská role (ČSÚ, 2013). Výchovné funkce školy jsou již kurikulárně ustaveny v podobě klíčových kompetencí v rámcových vzdělávacích programech. Dle nich zpracované ŠVP dávají školám možnost vyprofilovat se jako instituce respektující přirozené potřeby a práva člověka. Přesto většina škol, zejména druhého a třetího stupně, stále funguje na principech autoritativního modelu, kdy role učitele předpokládá vynucování si kázně a práce v hodinách zejména mocenskými prostředky. Přitom důsledky takového modelu jsou pro sebeúctu dítěte fatální – a mohou na sebe nabalovat problémové chování, včetně sklonů k sebepoškozování.

Cílem této práce je screening tohoto jevu v běžné škole a instituci ústavní výchovy, konkrétně DDŠ (dětského domova se školou). Vzhledem k prevalenci tohoto problémového chování u dospívající mládeže, byla zvolena věková skupina respondentů 15-18 let. Přínosné bude jednak porovnání výsledků tohoto screeningu, které by mohlo naznačit úspěch transformace ústavní výchovy na straně jedné a školské reformy na straně druhé. Lze přitom předpokládat, že vzhledem k totálnímu či autoritativnímu charakteru daných institucí bude daný jev převažovat u mládeže v DDŠ, což bude první hypotézou výzkumné části této práce. Tento výzkum bude vyhodnocen kvantitativními metodickými nástroji.

Druhá část výzkumu zpracovaná rovněž kvantitativními výzkumnými prostředky se zaměří na znalostní předpoklady kvalitní intervence pedagogických pracovníků daných školských zařízení a případné zhodnocení jejich vlastních kompetencí s problematikou sebepoškozování v rámci vlastní praxe. Vzhledem k nastartovanému procesu transformace zařízení NRP, která by se měla z dlouhodobých pobytových zařízení proměnit v centra odborných poradenských, intervenčních a terapeutických služeb, a také vzhledem ke klientele, lze předpokládat, že tito pracovníci budou v dané oblasti fundovanější než učitelé běžné školy.

## 2. DEFINICE PROBLÉMU

### 2.1 Kulturní souvislosti

Samotné agresivní chování, jehož účelem je narušení integrity objektu, na který je vztaženo, lze chápat jako prostředek, jak dosáhnout uspokojení, kterému stojí v cestě překážky (Vágnerová, 1999). Jako takové představuje určitý obranný mechanismus, kterým je přirozeně vybaven každý jedinec. Naproti tomu stojí agrese namířená proti vlastní osobě, která popírá vrozené mechanismy sloužící k přežití člověka – popření snahy o self-welfare až popření pudu sebezáchovy.

Významný americký psychiatr zabývající se sebepoškozováním Armando R. Favazza (z University of Missouri-Columbia) se ve své knize *Body Under Siege* (2011) snaží zbavit tento fenomén aury záhadnosti, která jej již po staletí až do dnešní doby obklopuje, a to nejen v chápání laiků, ale i odborné veřejnosti, včetně psychiatrů. Poukazuje na krev nejen jako na v minulosti hojně užívaný léčivý prostředek, ale také na její symbolický význam prostředku k vytvoření pouta mezi lidmi. Přitom ukazuje, jak se tento fenomén objevuje v nejrůznějších náboženských představách a rituálech napříč kulturami – od tibetského tantrismu přes mystiku severoamerických indiánů až po křesťanství.

Nám jsou známé příběhy křesťanských mučedníků, kteří se pak stali vzorem např. pro celé hnutí středověkých flagelantů, jimž se sebemrskání bičem na veřejnosti stalo prostředkem pohnutí společnosti k pokání před nadcházejícím koncem světa. Toto dobrovolné působení si utrpení motivované ideou vyburcování společnosti z letargie se objevuje také v moderní době, kdy již není spouštěno náboženskými ideály, ale spíše určitou obecně lidskou touhou po spravedlnosti, jak dokládá např. příběh Jana Palacha. Ve škálách psychiatrické literatury jsou tyto

fenomény opomíjeny, podobně jako dnes běžné bolestivé a bezúčelné, ryze estetické procedury jako piercing, tatoo, branding apod.

Riziko zvýšeného výskytu sebepoškozování u adolescentů (odborná literatura hovoří o 14 – 18%, což v porovnání s celkovou populací (4%) představuje několikanásobně vyšší výskyt<sup>1)</sup> do značné míry souvisí s vývojovými úkoly – zejména s přijetím své dospělé identity a převzetím zodpovědnosti za svůj život. V naší společnosti již přitom téměř zcela vymizely iniciační rituály jednoznačně oddělující období dětství a dospělosti – maturitní zkouška v 18 letech ztrácí tento svůj význam, neboť ze socioekonomických důvodů není osamostatnění jedince víceméně reálné. Kouzlo těchto rituálů v původních společnostech tkvělo v tom, že zkouška, které byl dospívající podroben a která vedle testování dovedností nutných k přežití spočívala ve zkoušce jeho odvahy, pevné vůle a odhodlání - jednalo se tedy o zkoušení morálních předpokladů pro přijetí statutu dospělého, a nikoli roztržštěných znalostí vybraných spolu nesouvisejících oborů typických pro dnešní zkoušku dospělosti.

Z hlediska tématu práce jistě stojí za povšimnutí, že tyto obřady byly také doprovázeny zkouškou schopnosti snášet bolest - mladíci byli podrobováni zákrokům jako je např. obřízka, vytržení zubu, tetování, pořezání či vytrhání vlasů - tedy typicky sebepoškozujícím praktikám. Přesto nelze předpokládat, že by tito mladí lidé či společenství, ve kterých se dané rituály vyskytovaly, mohli představovat psychicky narušené jedince – spíše to souviselo s testováním mládí jako vrcholu fyzických a morálních sil, které bylo potvrzením kompetentnosti k přijetí nové sociální

---

1 V tomto ohledu jsou zajímavé výsledky mezinárodní srovnávací studie (**Muehlenkamp, Claes, Havertape, Plener**, 2012), ze které vyplývá, že dokonce ani zemím s vysokým HDP se tento fenomén nevyhýbá – např. Německo vykazuje podobně jako USA 25%ní prevalenci, přičemž sousední Nizozemí vykazovalo méně než 10%. V Evropském srovnání asi nepřekvapí obrovský výskyt ve Skandinávských zemích (Švédkou 41%), což je přisuzováno klimatickým podmínkám ve srovnání se slunnou Austrálií, kde je rekordně nejnižší výskyt (do 5%). Oproti tomu Itálie naopak vykazuje podobné výsledky jako Skandinávské země. Zde je otázka po příčině takových rozdílů mezi zeměmi, které se v žebříčkách nejen HDP, ale i kvality života (index HDI) drží na vysokých příčkách.

role, a to jak pro společenství (tj. mladík je již schopen převzít odpovědnost za sebe a tedy i celé společenství), tak pro dospívajícího (jako přirozená součást procesu komplexního sebepoznání, tj. nejen vlastních schopností, ale i slabin). Z tohoto pohledu měly i bolestivé praktiky narušující tělesnou integritu svůj zásadní a nezastupitelný význam. Eliade (2004) v nich odhaluje přitom ještě další konotace, jako je setkání s posvátnem a umožnění účasti na náboženském životě vyhrazené jen dospělým – právoplatným členům společenství, tj. podíl na udržování řádu světa, a zrození člověka jako kulturní bytosti (dítě svým sepjetím s matkou žije čistě přírodním životem). Z tohoto úhlu pohledu představuje sebepoškozování v období dospívání přirozený a prospěšný jev. Problematické je v moderní společnosti, kdy byl jeho symbolický obsah vyprázdněn a vzhledem k tomu již sebepoškozování v dnešní společnosti představuje pouze tajemné, nelogické a tudíž nežádoucí jednání, které poukazuje psychopatologii osobnosti. Ačkoli tyto původně smysluplné a přirozené praktiky jako tetování či propichování určitých částí těla dnes zůstává mezi mladými rozšířeno, jsou za horizontem zájmu odborné veřejnosti. Favazza (2011) tuto skupinu přímo vylučuje ze zájmu psychiatrické veřejnosti, neboť za patologický považuje pouze ten projev sebepoškozování, který primárně slouží k regulaci emocí. Takové sebepoškozování totiž má tendenci opakovat se a může přerůst až do závislostí. Sebepoškozování z jiných, např. estetických či rituálních důvodů, naznačuje pouze určitou rizikovost z hlediska žádoucího psychického vývoje jedince. Tyto praktiky se přitom objevují ve specifickém životním stylu určitých subkultur mládeže, jako je např. EMO či Gothic, zde je otázkou do jaké míry jsou součástí identifikačních znaků příslušnosti k dané skupině a do jaké míry naopak podobné subkultury přitahují jedince s nevyrovnanou psychikou projevující se mimo jiné také sklony k sebepoškozování.

## 2.2 Vymezení problému

Autoagresivní sklony se projevují širokou škálou chování, jež lze rozlišit dle příčin, které k danému jednání vedou, na (Kocourková, Koutek 2003, srov. Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2000):

- Automutilaci vyplývající nejčastěji z psychotické poruchy, kdy sebetrestání nabývá symbolického významu. Lze ji také spojit s poruchami osobnosti ve stresových situacích či s neobvyklými sexuálními praktikami. Specifickou skupinou jsou mentálně retardovaní s narušenými komunikačními schopnostmi, kteří prostřednictvím sebepoškozování vyjadřují vlastní potřeby.
- Sebepoškozování jako vědomé, záměrné a často opakované poškození měkkých tkání, zejména kůže, bez suicidální motivace a letálního dosahu, bývá spojována jednak s narušenou osobností hraničního charakteru a jednak s vytvořením návyku, čímž je řazena k problematice návykových a impulzivních poruch (jako primární porucha). Symptomaticky se objevuje také u osob s poruchami příjmu potravy či závislých na návykových látkách.
- Suicidální jednání jako vědomé a záměrné jednání s cílem zničení vlastního života se odlišuje od sebepoškozování svou vnitřní motivací a psychodynamickým průběhem, ačkoliv se často vyskytují současně.

Vzhledem k tomu, že sebepoškozování není samostatně diagnostikovanou duševní poruchou, bývá u nás v současné době, jak uvádí Platznerová (2009), většinou diagnostikováno jako symptom:

- Hraniční poruchy osobnosti
- Poruchy se stereotypními pohyby, asociované s autismem a mentální retardací
- Předstírané poruchy se snahou simulovat tělesnou nemoc.

V posledním jmenovaném případě se jedná o tzv. faktitivní poruchy, s nimiž spojené sebepoškozování nabývá podobných podob rozdělených do tří diagnostických typů jako u hraniční poruchy osobnosti (srov. Praško, Seifertová, 2008):

- a) artefakt (přímé sebepoškození) jako je škrábání, řezání, pálení, bodání nebo leptání;
- b) sebeindukující poškození (umělá nemoc) jako je použití poškozující medicíny nebo infekčních látek;
- c) delegované sebepoškození, jako jsou operace, amputace nebo jiné vysoce rizikové terapeutické postupy apod.

Mezi faktitivní poruchy se řadí také Münchhausenův syndrom, který byl v očích odborné veřejnosti se sebepoškozováním často spojován (srov. Reed, 2010). Dnes je tento pohled již překonán, jedná se o samostatnou diagnostickou skupinu (dle MKN-10 F68.1), u níž sebepoškozování, případné sebevražedné úmysly a disociace spadají do rozsáhlé symptomatiky dané poruchy. Obecně se jedná o lidi s nízkým sebevědomím a problematickou identitou, jimž statut pacienta dodává pocit jistého respektu a moci (Urban, Masopust 2004). U těchto poruch je problematický zejména fakt, že by měly spadat do intervence psychiatra, což ovšem řada pacientů odmítá (statut psychiatrického pacienta jim připadá nežádoucí).

Detailnější pohled nabízí současné zahraniční psychiatrické studie, které uvádí problematiku sebepoškozování pod zkratkou NSSI (Nonsuicidal self-injury). Jednu z prvních klasifikací mezinárodně přijímaných představil v 80. letech Favazza (Butts, 2008). Favazza (2011) rozlišuje vedle nepatologického sebepoškozování daného kulturně následující typy patologického sebepoškozujícího chování:

- tzv. Major (hlavní) spojené jednak s intoxikací alkoholem/drogami a jednak s atakem onemocnění psychotického rázu (u diagnóz spojených s poruchou vnímání tělesné integrity a identity)

➤ stereotypní vyskytující se u mentálně retardovaných a autistických jedinců

➤ kompulzivní (nejznámější trichlotylománie)

➤ impulsivní (sem je vedle poruch osobnosti řazena i postraumatická stresová porucha a může souviset s sníženou funkcí neurotransmiteru serotoninu). V Body Under Siege Favazza (2011) tento typ sebepoškozování uvádí pod názvem „povrchové“ sebepoškozování, které se podle něj často vyskytuje u hraničních osobností, lidí s histriónskou a antisociální poruchou osobnosti.

Vzhledem k náplni této práce je právě typ impulsivního povrchového sebepoškozování nejvýznamnější a z něho vychází definice NSSI zahraničních zdrojů, zejména z USA, kde je tomuto fenoménu věnována obrovská pozornost odborné veřejnosti, také díky úsilí r. 2006 založené Mezinárodní společnosti pro studium sebepoškozování (International Society for the Study of Self-Injury, ISSS, 2007):

*„NSSI bylo definováno jako záměrné sebou samým způsobené poškození tělní tkáně bez sebevražedného úmyslu a pro účely, které nejsou společensky schválené (tj. důvody estetické).“*

V odborné literatuře se můžeme setkat s dalšími termíny jako je *„deliberate self-harm“*, *„self-injurious behavior“*, *„non-suicidal self-directed violence“* nebo pouze *„self-harm“* jako nejméně vhodné označení pro nerozpoznatelnost sebevražedného úmyslu. Tato definice vylučuje sebepoškozování v důsledku psychotického stavu (u schizofrenie apod.) a sebepoškozování vzniklé na organickém podkladu u mentální retardace či autismu.

Nejběžnější formu NSSI představuje řezání, ale zahrnuje širokou škálu chování – pálení, škrábání, působení si modřin různými praktikami, ale i lámání kostí a mnohé další, jejichž společným jmenovatelem je záměr ublížit si.

U tohoto typu sebepoškozování se pracuje s hypotézou závislosti na samotném chování (tj. v souvislosti s regulací emocí) se současnou sníženou citlivostí k bolesti a uplatňuje se model



biopsychosociálního pohledu na daný fenomén, kde sebepoškozování je nutné vidět na průsečíku kognitivního stylu, funkčnosti životního prostředí (tj. míře sociální podpory v rodině, u vrstevníků, školy a širší společnosti), emocionální reaktivity a z ní plynoucího chování, ale i biologické vybavenosti (rizikové neurochemické dysbalance vedoucí k poruchám nálad apod., srov. Nixon, Heath, 2009).

### **2.3 Sebepoškozování a disociativní poruchy**

Takto definované sebepoškozování bývá často spojeno s ranou traumatizací, na jejímž podkladě vznikají nevhodné copingové strategie a jejímž důsledkem může být rozvoj právě hraniční poruchy osobnosti, zejména spojené s tzv. disociací, stavem, který slouží k úniku před realitou (Rozsivalová, Trefilová, Paclt, 2010). Touto ranou traumatizací (rizikový je především kojenecký a raně batolecí věk) je v odborných zdrojích zejména označováno fyzické týraní, sexuální zneužívání, těžká emoční deprivaci či chronická nepřítomnost pečujícího objektu, což je v podstatě totožné se syndromem CAN v sociální psychologii (Soukup, Papetová, 2008).

Hraniční je přitom tato porucha pojmenována proto, že její projevy se liší od skupiny těžkých duševních poruch - psychóz – zejména tím, že pacient je běžně schopen rozlišovat mezi Já a Ne-Já, kdy regrese této schopnosti trvá pouze krátkou dobu (v řádu minut, max. 1-2 dní) a pacient si zachovává na tuto psychotickou ataku kritický náhled, ovšem je u něj narušena schopnost integrace dobrých a špatných stránek do jednoho objektu (osoby)<sup>2</sup>.

Důsledkem je tzv. splitting, kdy je člověk schopen prožívat pouze extrémní intenzity vztahů (lásku jako úplné splynutí

---

2 Od hraniční poruchy je také třeba odlišit poruchy neurotické, u kterých je také zachován kritický náhled na vlastní prožívání, ale u nichž se nevyskytují psychotické epizody. Sem se řadí vedle obsedantně kompulzivní poruchy poruchy fobické a úzkostné. Tyto poruchy představují v podstatě poruchu adaptace jedince vyvolanou stresem vyžadují jiné terapeutické postupy než poruchy hraniční (zpracováno dle MKN 10).

s druhým či absolutní nenávist v důsledku konfliktu). Vztahy takových jedinců jsou velmi nespolehlivé a proměnlivé v krátkém čase (střídá se idealizace a devalvace partnera), čímž se tato porucha řadí do kategorie emočně nestabilních poruch osobnosti (F60.3). Díky této nekonzistentnosti tito jedinci často trpí poruchou identity (tzv. rozptýlená identita), oscilují mezi různými emočními stavy, zájmy a chovají se pak spíše dle nějakých vlastních představ o roli, která se od nich dle jejich mínění očekává – jejich chování tak postrádá autentičnost i vnitřní logickou strukturu. Tato neautentičnost vlastního života vyvolává pocity prázdnoty a zaplavující a neohraničené pocity úzkosti. Tyto pocity a jejich neuchopitelnost umocňují tendence reagovat impulzivně, často až agresivně, a to i vůči sobě v podobě sebevražedných hrozeb, které používají hlavně k manipulaci s okolím. Nedostatek sebe-uvědomění často dostává podobu disociativní poruchy, kdy se jedinec cítí rozpolcený.

Disociace se může týkat mnoha aspektů osobnosti, odděleny mohou být vzpomínky (amnésie), vlastní já, tělo a emoce (depersonalizace) nebo také já a percepce vnějšího okolí (derealizace) a v některých případech i identita jako taková (Steinbergová, 1995). Jak tatáž autorka dále naznačuje, disociace přímo souvisí s prožitým traumatem, pomáhá jedinci traumatizující situaci zvládnout, ovšem v konečném důsledku je kontraproduktivní – situace je zapomenuta, ovšem nezpracované trauma přetrvává, jeho doprovodné emoce a psychické projevy se ve formě flasbacku objevují nečekaně bez rozumem uchopitelné příčiny. Pacientovi pak nezbývá, než osvojit si copingovou strategii, která by disociativní stav v případě potřeby /stavu ohrožení/ nabudila – a k tomu se osvědčuje právě navození si fyzické bolesti nějakou sebepoškozující praktikou. Zároveň může sebepoškozování sloužit jako kontrolní mechanismus disociativních stavů – dokáže jejich rozvoji také zabránit či již rozvinutý stav přerušit a zabezpečit návrat do reality

(Rozsivalová, Trefilová, Paclt, 2010). Zároveň je třeba podotknout, že disociaci používá běžně i „zdravá“ populace – zejména při rozhodování mezi vnitřně důležitými, ovšem protichůdnými představami, na jejichž podkladě modelujeme své chování (Steinbergová, 1995 to uvádí na příkladu zpracování potřeby zapálit si cigaretu s vědomím, že si tím ničí zdraví – pokud je touha kouřit tak silná, prostě odpojím myšlenku o jeho škodlivosti). Disociace je tedy zejména při traumatizujících událostech prospěšná z hlediska udržení si duševního zdraví, ovšem z dlouhodobého hlediska je kontraproduktivní, zejména tehdy, kdy je nevyřešené trauma odsunuto mimo vědomí, což zcela přirozeně funguje vzhledem k nezralosti mozku a tedy i centra paměti a korových center integrujících zážitky do racionálně uchopitelné zkušenosti (životního názoru) v období raného, ale také předškolního a částečně i mladšího školního věku.

## **2.4 Výchovné souvislosti**

### **2.4.1 Výchova v rodině**

Protože je rodina v tomto věku ještě primární sociální skupinou, se kterou se dítě identifikuje, je dítě ohrožené syndromem CAN, vyrůstající v dysfunkční rodině, ohroženo v rozvoji psychopatologie až k hraniční poruše osobnosti mnohem více než dítě, které zažilo trauma, ale pro něž rodina představuje bezpečný přístav, který dokáže výrazně zmenšit rizika negativního vlivu traumatizující události. Dítě vyrůstající v dysfunkční rodině je ohroženo již v samém základu své osobnosti, tj. v budování představy o vlastní identitě, neboť život v nevyzpytatelném až permanentně ohrožujícím prostředí ho vede k účelovému jednání, kdy se dítě stane mistrem ve sledování a interpretaci záměrů dospělého, aby mohlo rychle a co nejlépe předcházet problémům. Trvalá koncentrace dítěte na projevy druhých lidí dává navíc jen malou příležitost prozkoumávat, definovat a uspokojovat vlastní

zájmy a potřeby. Takové prostředí mimoděk dítě učí účelovému jednání a v konečném důsledku sklonům k manipulaci, která je v odborné literatuře (srov. Steinbergová, 1995; Rozsivalová, Trefilová, Paclt, 2010) považována za sekundární zisk disociace – disociace tedy pomáhá nejen udržet konflikt mimo vědomí a tím zmenšuje úzkost, ale také umožňuje čerpat praktické výhody z manipulace s lidmi, což vytváří začarovaný kruh – proto sanace rodiny by měla být neoddělitelnou součástí práce v rámci pomoci ohroženým dětem.

Z výchovného hlediska je nejvýrazněji s negativní emocionální zátěží spojena výchova autoritativní. Kopřiva a kol. (2007) ukazují, jak je lpění na autoritách ohrožující pro autenticitu vlastní osobnosti, a to i v případě, že se jedná o autoritu působící navenek pozitivně, např. v případě rodičů, kteří si skrze děti sami realizují vlastní představy o úspěšnosti. Takoví rodiče nebývají považováni za rizikové (srov. Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995) – nejedná se o rodiče jednoznačně nekompetentní jako v případě mentálně retardovaných, somaticky či psychicky nemocných nebo závislých na návykových látkách ani o rodiče nedostatečně motivované vzhledem k soustředění se na vlastní problémy či zájmy (lidé nezralí, se socioekonomickými problémy, ale i kariéristé apod.). Jedná se spíše o rodiče, kteří si vlastní často potlačený a nepřiznaný vnitřní pocit nespokojenosti sama se sebou nevědomě kompenzují na dítěti tím, že na něj kladou nepřiměřené nároky, což sice na okolí může působit, že dělají pro dítě a jeho životní úspěch vše, co je v jejich silách (často si to myslí i sami rodiče), nedávají však dítěti možnost realizovat ani rozpoznat vlastní přání a představy, čímž mu berou spontánní radost, kterou přináší autentický život podle vlastních představ. Vnější úspěch nemusí mít s pocitem štěstí nic společného, což si moderní, na výkon zaměřená společnost často málo uvědomuje. Přitom pokud člověk nežije ze svého autentického zdroje, nemůže se navzdory vnějším úspěchům

vyhnout pocitům prázdnoty a existenciální úzkosti, jak si dobře všiml už Martin Heidegger a po něm i další existencialisté z řad filozofů a psychologů (daseinsanalýza, logoterapie, humanistická psychologie, srov. Plháková, 2006).

Takové rodiny se jeví ve všech směrech funkční, s dětmi nejsou nějaké výraznější výchovné obtíže. Problém může nastat až ve chvíli, kdy i dobře míněná rodičovská autoritativnost je nahrazena v pubertě přirozeně autoritou jinou – autoritou vrstevnických skupin, jejichž vývojovým úkolem je vymezovat se vůči dospělým. Dítě vychované k nekritickému „poslouchání“ autorit má přirozeně omezené kompetence k převzetí vlastní iniciativy a odpovědnosti, je tedy snadno manipulovatelné i ke společensky nepřijatelnému chování.

Autoritativní prostředí se tak může stát spouštěcím mechanismem disociace, kdy manipulovaný člověk mechanicky plní nařízené požadavky, ovšem aby si zachoval alespoň částečnou sebeúctu, odpojí se od reality, pokud není možný fyzický únik a běžné obranné tendence jako racionalizace již nejsou funkční. Dospělý člověk má již většinou zažitě funkční copingové strategie a je schopen tlaku autoritativního prostředí čelit, navíc v dnešní demokratické společnosti, kdy není možné omezovat osobní svobodu, může prostě fyzicky odejít.

Nesrovnatelně složitější pozici má v tomto ohledu dítě, které samo o sobě nerozhoduje, a tedy ani o svém zařazení či vyřazení z určité instituce, a pokud nemá empatické rodiče, často nemá možnost úniku. Bohužel, stále ještě většina výchovně – vzdělávacích institucí uplatňuje mocenský přístup k výchově – tento trend je patrný jak ve školách (formou známkování a kázeňských opatření), tak ve školských zařízeních ústavní a ochranné výchovy (bodové systémy přidělující a odnímající výhody).

## 2.4.2 Výchova ve škole

Rizika takového přístupu k výchově popisuje Společnost pro mozkově kompatibilní vzdělávání, která u nás jako první již v 90. letech začala prosazovat demokratický, partnerský model výchovy založený na vzájemném respektu (Kopřiva, 2007). Pomalými krůčky je tento model úspěšně zaváděn na 1. stupni základních škol, kdy mnohé školy se hlásí k projektům jako je Zdravá škola nebo programu Začít spolu apod. V celém školském systému poněkud ustoupila uniformita a direktivnost s vydáním nového školského zákona č. 563/2004, který umožnil školám spolupodílet se na tvorbě kurikulárních dokumentů formou ŠVP, kde se již na vzdělávání nehledí jako na proces doslovného předání uniformních učebnicových poznatků a definic. Naopak byl vyzdvižen výchovný rozměr působení školy, kdy cílem je vytvoření takových tzv. klíčových kompetencí, které by umožnily jedinci orientovat se v rychle se měnícím moderním světě. Tento trend však naráží na nepochopení ze strany odborné i laické veřejnosti, kdy jsou mezi rodičovskou veřejností i učiteli vyšších stupňů škol běžně rozšířeny názory, že bez donucovacích prostředků, ať už pozitivních formou odměny, případně dobré známky či negativních formou trestu, případně špatné známky nelze děti k osvojení učiva nijak přimět. V konečném důsledku však tento nátlak způsobuje ztrátu přirozené vnitřní motivace k učení, nemluvě o narušení další přirozené potřeby autonomie a sebeúcty. Právě v narušené sebeúctě lze spatřovat největší riziko nevhodných výchovných stylů v rodině, které ještě může umocňovat autoritativní působení instituce školy.

Přitom při selhávání rodiny je škola nejbližší instancí, která by mohla a vlastně měla pomáhat studentům s jejich problémy, a to nejen s těmi týkajícími se přímo výsledků vzdělávání, ale zcela obecně s jakýmkoli. Tuto funkci ve školách plní osoba výchovného poradce, kterým je zpravidla jeden učitel se

zkráceným úvazkem bez třídnických povinností, který prošel akreditovaným kurzem pro výchovné poradce. Poradce tak představuje nejbližší pomoc studentovi.

Jak uvádí Duggar; Heath, Toste, Ross (2011) ve svém výzkumném šetření zaměřeném na zjišťování kompetencí školních výchovných poradců, problematika sebepoškozování je významná ve školním prostředí (92% respondentů výzkumu uvádělo, že se s daným problémem ve své praxi setkalo), zároveň ovšem jejich kompetence a zejména znalosti dané oblasti byly podprůměrné; za hlavní důvod byla považována nedostatečná formální příprava a nedostatečná či neexistující strategie intervence daného jevu na školách obecně. Takový program by mohl obsahovat některé teoretické poznatky, sloužící zejména k rozklíčování znaků sebepoškozujícího chování, a především praktické návody, jak při intervenci postupovat a čeho se vyvarovat (vzorový program – viz. příloha z Los Angeles Unified School District). Zde je mimo jiné např. důležitá i otázka jestli a jakou formou informovat rodiče.

Bonta, Jankans, Lopes, Villasenor doporučují tak učinit v každém případě se studentovým vědomím a za jeho účasti (nezbytnost je na posouzení závažnosti každého případu zejména z hlediska sebevražedných tendencí, rizika infekce, pravděpodobného traumatu či psychické poruchy). Toto by mělo být v kompetenci buď školního výchovného poradce, případně optimálně školního psychologa, který představuje integrující a koordinující osobu výchovně vzdělávací diagnostiky, poradenství i terapie celého odborného týmu, který může být ustaven (v našich podmínkách zejména ve spolupráci se speciálním pedagogem, případně osobním či pedagogickým asistentem, případně zdravotní sestrou) a zároveň zprostředkovává komunikaci a spolupráci vůbec, a to i s externími odborníky.

Intervenci v podmínkách školy je možné realizovat formou individuálních konzultací a skupinových setkání (Lieberman, Toste, Heath, 2009). Individuální setkání by se měla soustředit na

budování vhodných komunikačních strategií, dále na osvojení si vhodných behaviorálních strategií boje se stresem a negativními emocemi, na kognitivní uvědomění si myšlenek doprovázející sebepoškozování a jejich restrukturaci a na pokud možno, sepsání dohody o neubližování si. Skupinová setkávání v prostředí školy lze zaměřit na rozvoj strategií k zvládnutí problému, taková setkávání pozitivně působí na sebeúctu, kontraproduktivně může skupina působit, pokud je výskyt sebepoškozování ve škole výsledkem modelování – tj. napodobování nevhodných strategií. Terapii použitelnou v podmínkách školy představuje terapie zaměřená na řešení (např. Selekmanův a Busterův program, podrobnosti viz. kapitola 4.2).



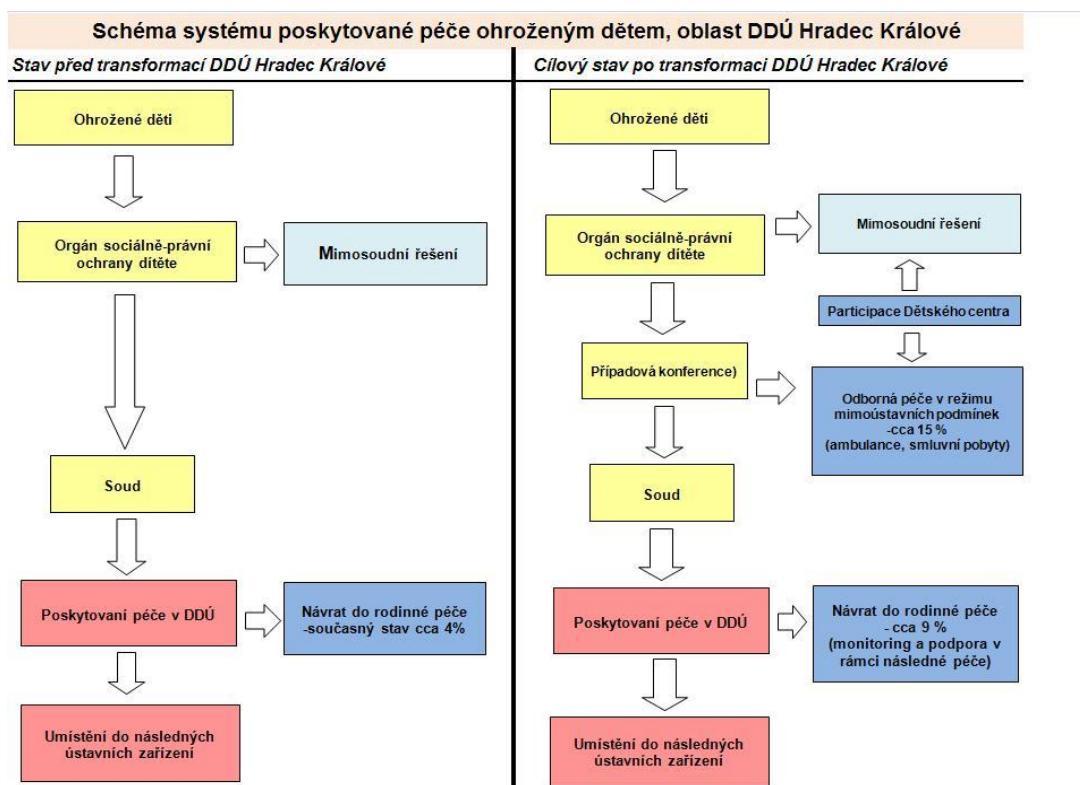
### 3. CHARAKTERISTIKA DDŠ V KONTEXTU SOUČASNÉ TRANSFORMACE

Dětský domov se školou je školským zařízením pro výkon ústavní (dále též „ÚV“) nebo ochranné výchovy (dále „OV“) dětí, které vykazují závažné poruchy chování nebo vyžadují specifickou výchovně léčebnou péči z důvodů aktuálního psychického oslabení (duševní poruchy). Zřizovatelem a zároveň nadřízeným orgánem zařízení je MŠMT. Do DDŠ jsou umísťovány děti zpravidla od 6 let do ukončení povinné školní docházky a součástí školského zařízení je příslušný typ školy<sup>3</sup>. Základní škola při zařízení poskytuje základní vzdělávání dětem se speciálními vzdělávacími potřebami podle § 16 odst. 4b) zákona 561/2004 Sb. Jedná se o jednu instituci systému náhradní rodinné péče (dále jen „NRP“), která dále spolupracuje s ostatními typy institucionálních zařízení NRP (diagnostické ústavy pro děti nebo mládež – dále „DDÚ“, výchovné ústavy, dětské domovy) a jedním typem zařízení preventivní péče (střediska výchovné péče). Praxe přidělování dětí do DDŠ prostřednictvím spádového DDÚ na základě rozhodnutí soudu, kterému případ ohrožené výchovy předá k projednání OSPOD (Orgán sociálně-právní ochrany dítěte) by se měl změnit ve víceetapový model s předpokládaným výstupem snížení celkového počtu ohrožených dětí v ústavní péči o 15% a naopak zvýšení počtu klientů DDŠ navracejících se do původní rodiny ze současných 4 na 9% prostřednictvím sanace rodin a rozšířením odborných intervenčních služeb ambulantního typu (viz. následující schéma).

---

3 V rámci transformace ústavní péče se začíná v DDŠ s dostatečnou kapacitou prosazovat tendence nepřezazovat mladistvé po ukončení povinné školní docházky do výchovných ústavů podle jejich volby učebního oboru, ale dává se jim možnost setrvat v zařízení, na které jsou adaptovaní, až do ukončení profesní přípravy, kterou absolvují v běžné škole mimo zařízení. Tento krok výrazně zlepšuje uplatňování práva dítěte na vlastní volbu učebního oboru (praxe přezazování do VÚ s sebou nesla problém nerespektování přání dítěte vzhledem k žádané odborné přípravě na povolání i vzhledem k nedostatečné nabídce oboru v rámci VÚ, viz. Veřejný ochránce práv, 2007).

Obr. č. 1 DDÚ Hradec Králové 2010: Schéma systému poskytované



péče ohroženým dětem

Tyto změny probíhají v souvislosti s transformací NRP, která vychází z dlouhodobé kritiky českého systému ústavní péče ze strany EU, ale i české odborné veřejnosti (vysoký počet dětí umísťovaných do zařízení, nesjednocené metodiky pracovních postupů, nekoordinovanost systému, diskutabilní kvalita péče nerespektující potřeby klientů apod.). v roce 2009 byl schválen Národní akční plán (dále jen „NAP“) k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti na období 2009 až 2011. MŠMT následně schválilo „Koncepti v oblasti transformace systému náhradní výchovné péče ve školských zařízeních“, která vychází z cílů NAP. Tato první systémová koncepce nastavuje základní směr kvalitativních změn, vymezuje hlavní principy transformace a harmonogram úkolů. Prioritou je sjednotit současnou roztržštěnou praxi péče o ohrožené děti, kdy jednotlivé oblasti jsou v gesci různých rezortů opírajících se o odlišnou legislativu,

z čehož vyplývá nesoulad v oblasti metodiky, finančního a personálního zajištění péče atd. Tyto koncepční změny by se měly pozitivně odrazit v přístupu k ohroženým dětem ve všech oblastech (výchovy, vzdělávání, sociální a zdravotní péče) směrem k inkluzi, která tvoří jádro prevence sociálního vyloučení, podporu rozvoje humanity a sociálního smíru (Vojtová, 2010).

Jak bylo naznačeno, mnohé změny již byly nastartovány, rychlost a efektivitu jejich implementace však komplikují mnohé problémy, se kterými se DDŠ v praxi denně potýkají, a které lze rozdělit na rizika vyplývající jednak z faktorů vnitřních – tj. ze strany samotných klientů zařízení a jednak z faktorů vnějších, které jsou dány působením prostředí zařízení na samotné klienty a také vlivem nadřízeného orgánu (MŠMT) a legislativy vůbec.

### 3.1 Klienti DDŠ

Problémy, které si dítě do DDŠ přináší, vyplývají jednak ze samotné osobnosti klienta a jednak z kvality a úrovně jeho interakcí s prostředím, ze kterého přichází (a které jeho osobnost spoluutvářelo). Jedná se o spojité nádoby, kdy určité typy dětí jsou predisponovány k určitému typu zacházení a naopak určité prostředí formuje určitý charakter. Problematika poruch chování je velmi rozsáhlá a nejednotná; jejich definice a kategorizace se liší dle odborného přístupu. Společným a hlavním diagnostickým vodítkem je přitom faktor věku, ve kterém se porucha objevuje (obecně platí, že čím dříve, v ranějším věku, tím je závažnější; za hranici mezi poruchou se začátkem v dětství a začátkem v adolescenci je považován věk 10 let), a dále faktor času (dlouhodobé, přetrvávající poruchy chování mají obecně horší prognózu než poruchy přechodné, zejména reaktivní)<sup>4</sup>.

---

4 Od poruchy chování je nutné rozlišit termín problémy s chováním, které se u dítěte nesmí vyskytovat déle než 6 měsíců (pak už se jedná o poruchu). Jiné problematické chování lze zařadit podle MKN-10 mezi **poruchy přízpůsobení** (F 43) anebo **poruchy sociálních vztahů** (F 94), týkající se vztahu dítěte k současné rodině. Nestandardním chováním se projevují také **smíšené poruchy chování a emocí** (F 92) a **emoční poruchy** (F 93) vůbec.

### **3.2 Multifaktorová etiologie vzniku poruch chování**

Z hlediska intervence a následného kvalitního výchovného, případně terapeutického (zejména psychoterapeutického, ale i farmakoterapeutického) působení se jeví jako zásadní dostatečná etopedická a psychologická/psychiatrická diagnóza, která by měla odlišit, zda je porucha chování u dítěte primárním problémem (podkladem vrozená psychopatologie osobnosti, např. vzhledem k duševní poruše apod.) nebo je spíše důsledkem nevhodného působení sociálního okolí, zejména rodiny, ale i školy a širšího společenského prostředí (Vágnerová, 1999 uvádí např. i sociální a ekonomické problémy společnosti jako celku – problémy s imigranty a lidmi se sociokulturním handicapem vůbec, problémy s nezaměstnaností apod.) Protože toto samozřejmě vzhledem k multifaktorové etiologii vzniku poruch chování není snadné odlišit, nedílnou součástí anamnézy a vodítkem k určení diagnózy musí být také kvalitní rodinná anamnéza a v neposlední řadě také anamnéza školních výsledků.

Selhávající rodinné prostředí lze považovat za jeden ze zdrojů vzniku poruch chování u dítěte v etopedické péči. Jánského výzkum (2004) zjistil následující společné charakteristiky rodičů dětí v etopedických zařízeních: nízká vzdělanostní úroveň rodičů (výrazně pod standardem populace), problematické výchovné působení ze strany obou rodičů; u matek nedůsledné, málo kontrolující až zanedbávající výchovné působení; u otců podobný styl s častým využitím trestů ve výchově. Jedná se o rodiny, které nedokáží saturovat zejména psychické potřeby dětí; s důsledkem deprivace až frustrace a následným rozvojem poruchy chování (srov. Vágnerová, 1999, Kopřiva a kol., 2007, Matějček a kol., 1999). I při uspokojování potřeb je přitom nutné dodržovat jejich hierarchii (viz. Maslowova pyramida potřeb) od fyzických, přes psychické až po duchovní potřeby. Rodinné interakce by přitom měly stát na vzájemném uspokojování potřeby lásky a sounáležitosti, jež jako níže stojící v hierarchii lidských potřeb

determinuje vyšší potřebu sebeúcty a pozitivní identity.

Děti vyrůstající v rodinném prostředí bez lásky bývají postiženy syndromem týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (syndrom CAN) se všemi jeho negativními důsledky. Pokud dítě nenachází uvnitř rodiny (ale i jiné významné sociální skupiny) možnosti k rozvoji pozitivní identity (rodina mu neposkytuje pozitivní zpětnou vazbu o něm samém), potřebuje si potvrdit své kompetence a získat sebeúctu alespoň společensky nežádoucím způsobem – nevhodným chováním, nevhodnou sociální identitou (příslušností k rizikové partě) apod. Hledání vlastní identity je přitom aktualizováno zejména v období dospívání, kdy nevybudování dostatečně pevného základu zdravé osobnosti na základě bezpodmínečné akceptace jedince v období dětství vede k problémům s budováním samostatné a nezávislé dospělé identity (často nahrazena skupinovou identitou) až k odmítání vlastní osoby a popírání její hodnoty, což se vedle potíží s akceptací ostatních v akcentované formě agrese projevuje až narušováním vlastního tělesného schématu autodestruktivním jednáním. Vzájemné ovlivňování určitých vrozených dispozic, ohrožení dítěte syndromem CAN, disharmonického vývoje osobnosti a vzniku poruch chování je velmi složitým jevem, kdy jednotlivé problémy mají tendenci růst exponenciálně (např. ADHD vzniklé na fyziologickém podkladě LMD<sup>5</sup> a jeho externalizované projevy chování nepochopitelné z pohledu rodičů - laiků zapříčiňují nedostatečné akceptování dítěte a jeho odlišných potřeb, což vedle narušené sebeúcty může vést až k disharmonickému vývoji osobnosti a následným poruchám chování, až sebepoškozování). U dětí s diagnostikovaným syndromem CAN, na jehož pozadí se formují tendence k problémovému chování, je z hlediska následné zaměřené terapie vhodné nahlížet na negativní projevy chování jako na způsob vypořádání se s negativními situacemi a s nimi

---

5 Dle výzkumu Jánského (2004) LMD byla diagnostikována u 25% dětí v etopedické péči a u další čtvrtiny dětí byla tato porucha naznačena.

souvisejícími pocity (jedná se o tzv. coping strategy).

Pokud ovšem dítě trpí nějakou duševní poruchou, je primárně nutné zajistit mu odbornou pedopsychiatrickou péči v rámci výchovně léčebného zařízení<sup>6</sup>. Vzhledem k nedostatečné kapacitě těchto speciálních zařízení je přitom běžnou praxí, že tyto děti bývají umisťovány do DDŠ (Veřejný ochránce práv, 2011). Nutno podotknout, že DDŠ přitom vykazují až na výjimky spíše nízkou úroveň spolupráce s odborníky (nejen dětskými psychiatry, ale i psychology a etopedy!, viz. Gottwaldová a kol., 2006) a nelze tedy předpokládat, že jsou připraveni na práci s těmito klienty, u kterých se i vzhledem k nedostatečné odborné péči často objevují až extrémní poruchy chování, jež nejsou a ani nemohou být zvládnutelné pouhými režimovými a jinými výchovnými opatřeními, kterými DDŠ ze zákona disponuje. Takové děti se pak často stávají obětí systému nevhodné péče, neboť vzhledem ke své nezvládnutelnosti bývají přesouvány ze zařízení do zařízení (k opětovné rediagnostice, do výchovného zařízení s přísnějším režimem apod.), což vzhledem k jejich adaptačním potížím jen zvyšuje četnost a intenzitu jejich nepřijatelné chování. Tuto problematiku dále rozpracovává ve své zprávě Veřejný ochránce práv (2011) a připisuje ji neexistující koncepci péče o tyto děti, v čemž lze spatřovat jeden z problémů selhávání celého systému NRP.

### **3.3 Rizika zařízení kolektivní výchovy**

Oblast náhradní rodinné péče ve školských zařízeních je velmi výrazně regulována současnou legislativou. Legislativní rámec pro práci DDŠ tvoří zejména z č. 109/2002, o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, o jehož změnách je v souvislosti s transformací

---

6 Z hlediska potřeb dětí s poruchami chování na podkladě psychiatrické diagnózy se jeví jako nevhodné také jejich případné umístění do zdravotnického zařízení (psychiatrickou kliniku), které není schopné zajistit adekvátní výchovnou péči.

ústavních zařízeních vedena aktuální debata. Segregativní přístup zdůrazňující odlišnost pohlaví, věku, postižení, etnika, výchovných a psychických problémů je považován za překonaný a hledají se mechanismy, jak systém nastavit směrem k inkluzivnímu přístupu ve výchově, vzdělávání, v sociální péči, jenž je nutnou podmínkou pro vytváření sociální koheze (Vojtová, 2008). Tento nový model péče o ohrožené děti se započal realizovat v diagnostických ústavech (od r. 2011 např. také v Hradci Králové), které by se postupně měly přejmenovat na Dětská centra integrované komunitní pomoci, jejichž prostřednictvím by mělo dojít k organizačnímu, odbornému a metodickému propojení všech školských zařízení ústavní výchovy. Předpokladem je, že propojený a koordinovaný systém všech typů služeb (speciálně pedagogických, terapeutických, psychologických, poradenských, sociálních a krizově intervenčních služeb, nejen pobytových, ale i ambulantních), bude lépe reagovat na uspokojení skutečných potřeb dětí, čímž dojde ke zvýšení efektivity celého systému<sup>7</sup>. Významnou změnou, jak již bylo naznačeno, je kladení důrazu na ambulantní služby, které nezasahují rodinné vazby dítěte.

V odůvodněných případech je ovšem žádoucí odejmout dítě z rodiny a umístit jej do ústavní péče, zejména s cílem eliminace zdroje vlivů nežádoucího chování, tj. tehdy, pokud nelze předpokládat, že ambulantní forma speciálně pedagogické intervence a rehabilitace dosáhne kýženého cíle změny jedince v jeho hodnotové orientaci (srov. Hillenbrant, 1999, Průcha, Walterová, Mareš, 2001, in Vojtová 2008). Náhlé vytržení dítěte z rodinného života však s sebou nese celou řadu problémů, které u dětí ve výchovných zařízeních bývají ještě zesíleny pocity viny či trestu. Negativní emoce, zvýšená úzkostnost až psychosomatické obtíže představují z tohoto pohledu běžnou reakci při nástupu dítěte do zařízení, se kterou je třeba pracovat, protože, pokud

---

<sup>7</sup> Tím by mělo dojít k eliminaci současné praxe, kdy, jak uvádí Jánský (2004), třetina dětí nebyla podrobena vyšetření pedagogicko psychologické poradně a nebyla sni jinak intervenována před nastoupením do diagnostického ústavu.

přetrvává, výrazně omezuje možnosti terapeutického působení v zařízení a akcentuje jeho represivní charakter<sup>8</sup>.

Matoušek (1999) považuje za nejzávažnější problém ústavní péče omezení osobní svobody rozhodování, která je dána samotnou podstatou ústavu jako kolektivního zařízení se zvláštním režimem. Kolektivní charakter zařízení nutně vede k určité ztrátě soukromí a režimová opatření vnášející kolektivnímu soužití řád zase vždy do určité míry s klientem manipulují – bez ohledu na jeho přání a potřeby. Manipulativní prostředí necitlivé k potřebám jednotlivců vede frustrované klienty k manipulativnímu a celkově maladaptivnímu chování, ve kterém kázeňskými postihy (opatřeními ve výchově) pak není řešena příčina, ale až následek nevhodného chování.

Již nyní lze zaznamenat pozitivní změny nastartované transformací v organizaci DDŠ v domovy rodinného typu, spolu se zmenšením počtu dětí v rodinných skupinách a výchovných skupinách. v dětském domově lze ze zákona v jedné budově či ve více budovách v jednom areálu zřídit nejméně 2 a nejvíce 6 rodinných skupin. Rodinnou skupinu tvoří nejméně 5 a nejvíce 8 dětí, zpravidla různého věku a pohlaví. Sourozenci se, pokud možno, zařazují do jedné rodinné skupiny. Domov rodinného typu také umožňuje organizačně zajistit oddělení jednotlivých skupin dětí, jak to výslovně nařizuje z 109/2002. Velmi negativní vliv mělo společné umisťování dětí s nařízenou ústavní a uloženou ochrannou výchovou, neboť pak v praxi docházelo k plošnému uplatňování opatření ochranné výchovy s negativním dopadem na

---

8 Nedostatečná adaptace na prostředí zařízení je jednou z nejčastějších příčin problematického chování dětí, jež DDŠ řeší – totiž útěků, kterých se klienti dopouštějí zejména v rámci vycházek, na které mají ze zákona právo. z psychologického hlediska je útek obrannou reakcí - unikem před problémy, které jsou z perspektivy klienta neřešitelné (nejběžnější jsou vztahové problémy až konflikty s ostatními klienty, vychovateli, rodinou). Útek je z hlediska výchovného vždy negativní událostí, neboť narušuje výchovné působení. Po něm je dítě penalizováno a vedle toho se musí podrobit nejrůznější šetření – zdravotnímu, policejnímu, s kurátorem, etopedem atp. z hlediska dalšího působení na dítě je třeba pokusit se odhalit motiv tohoto jednání, zda se jednalo o útek spontánní (impulsivní), demonstrativní (potřeba upozornit na vlastní problémy) nebo útek plánovaný či agresivní spojený s delikventní činností. Jiným typem útěku je tzv. fuga impulsiva. – poriomanie, která vyplývá z patologických rysů osobnosti a kterou nelze výchovnými prostředky výrazně ovlivnit (viz. Vavříková, 2008).



klienty s nařízenou ústavní výchovou (Veřejný ochránce práv, 2011 upozorňuje např. na problematiku vycházek, které jsou v zařízeních často dávány za odměnu i dětem s nařízenou ÚV, které přitom ze zákona mají na vycházku nárok).

### 3.4 Hodnocení dětí v DDŠ

Diskutabilní je také univerzální hodnotící systém prospívání dítěte v zařízení založený na bodování, který je v nejrůznějších podobách pro DDŠ typický. Jeho klady a zápory dle mého názoru poměrně jasně a objektivně naznačuje Veřejný ochránce práv (2011): *„Bodový systém má sloužit pouze jako podpůrný prvek při výchově. Dětem umožňuje orientovat se a je určitým korektivem chování. Bodovací systém však může také představovat absolutně nefunkční soustavu zpodobněných norem či může fungovat jako zástěrka (schovávání se za body) osob přímo pečujících o dítě. v případě déle trvajících problémového chování dítěte je dokonce kontraproduktivní, protože sám o sobě neřeší příčinu, ale následek chování dětí. ...hodnota výchovy leží v oblastech vztahových a sociálního učení vůbec“.*

Problematický je zejména tehdy, kdy dává dítěti malý prostor k sebereflexi vlastního chování nebo dítě od sebehodnocení v podstatě odrazuje. To nastává v případě, kdy je dítě autoritativně hodnoceno vychovatelem, aniž by se dotyčný zajímal o vlastní názor dítěte a ani se nesnažil o hlubší pochopení motivů dítěte k danému jednání. Pak dochází k tomu, že se hodnocení stává značně subjektivním a tedy v podstatě bezcenným, neboť nijak neodráží realitu, ale pouze postoj vychovatele k dítěti anebo je takové hodnocení při snaze vychovatele o objektivitu ryze formální – chování je hodnoceno z hlediska jeho souladu s režimem zařízení, sankce i odměny jsou ukládány rutinně dle zákona a vnitřního řádu zařízení. Pokud je tedy bodový systém jako zavedený behaviorální program v rámci zařízení soustředěn spíše na zavedení formální disciplíny než na dovednosti

pedagogických pracovníků předcházet konfliktům a negativnímu chování dětí, nelze od něj očekávat vyřešení kázeňských problémů, a z hlediska pozitivní atmosféry v zařízení působí nezdravě (Elliot, Place, 2002).

Sjednocení doposud rozdílných praxí hodnotících systému by mělo nastartovat zavedení metodik práce s dětmi v institucionální výchově, které by vycházely z příkladů dobré praxe a přispěly tak ke zkvalitnění výstupů výchovně vzdělávacího procesu.<sup>9</sup> Metodiky účinných postupů řešení jednotlivých výchovných problémů by se pozitivně odrazily ve snížení náročnosti dané práce z hlediska psychického vyčerpání, které často vede k syndromu vyhoření a zvyšuje fluktuaci pedagogických pracovníků etopedických zařízení.

---

9 Dle Národní strategie prevence násilí na dětech („NSP“) by jednotné metodiky měly zajistit „optimální postup pracovníků“, který by se měl odrazit také při realizaci školních vzdělávacích programů, jejichž samozřejmou součástí se stává také péče o klima školy.

### 3.5 Výchova jako vztah

Význam hodnocení pro regulaci vlastního chování dítěte směrem k pozitivním životním hodnotám má jednu zásadní podmínku – důvěru dítěte k osobě, která jej hodnotí. Právě schopnost získat si důvěru dítěte lze považovat za nejdůležitější aspekt práce pedagoga v etopedickém zařízení, neboť kvalitní mezilidské vztahy, které jsou zásadním předpokladem úspěšného výchovného působení, jsou na vzájemné důvěře a respektu postavené. Nalezením jistoty a nové životní perspektivy prostřednictvím důvěrné a důvěryhodné pozitivní autority vrcholí proces úspěšné adaptace na ústavní zařízení, vychovatel se stává pro dítě určitým vzorem s vlivem na jeho chování z hlediska motivace, autoregulace směrem k posilování pozitivních vztahů dítěte k ostatním i k sobě samému. Pokud se pedagogovi nepodaří navázat osobnějším vztah s dítětem, nezbyvá mu, než řešit problémy neustálým udílením požadavků, kontrolou a dohledem, což může mnohé konfliktní situace ještě vyostřit (Jánský, 2004). Je třeba však poznamenat, že navázání takového vztahu není u dětí s problémovým chováním vůbec jednoduché, neboť jsou pro ně typické narušené vztahy k druhým lidem, ať již v důsledku primární osobnostní poruchy, nebo v důsledku negativní zkušenosti z dětství (Vágnerová, 2004). Ve velké míře závisí na osobnosti vychovatele, jestli a jaký vztah dokáže s klientem navázat. z tohoto hlediska jsou na něj kladeny vysoké nároky, nestačí mu jen pozitivní, empatický přístup k dětem a nadšení pro práci, ale potřebuje být vybaven určitou přirozenou autoritou, která je nejen důsledná, ale i předvídavá (dobře sociálně orientovaná a schopná předcházet konfliktům)<sup>10</sup>. Vedle

---

10 Zcela záměrně jsou zde uváděny pouze aspekty osobnostní vybavenosti pedagoga v etopedickém zařízení. Osobnostní předpoklady se musí opírat i o dostatečné odborné znalosti, které jsou poměrně přísně a jasně specifikovány ve školského zákoně (zákon č. 561/2004 Sb.) a zejména zákoně č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících. I současná transformace klade velký důraz na vysokou odbornou erudici pracovníků v ústavní výchově, podmíněnou vysokoškolským studiem. Lze tedy předpokládat, že úroveň odbornosti bude u pedagogických pracovníků srovnatelná, a rozdílnost jejich pracovních výkonů bude

profesionalitu pedagogických pracovníků je to právě zejména vztahový kontext, který tvoří hranici mezi úspěchem nebo selháním ústavní výchovy (srov. Jánský, 2004, Veřejný ochránce práv, 2007).

### **3.6 Vzdělávání dětí v DDŠ**

Otázka vzdělávání dětí s ÚV a OV je ve vzdělávacích koncepcích řešena spíše na obecné úrovni v rámci velmi obsáhlé cílové skupiny žáků se specifickými vzdělávacími potřebami, jejichž potřeby se v reálu ovšem značně liší. Dle vyhlášky č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných je zásadním problémem dětí v etopedickém zařízení jejich sociální vyloučení, které koncepce izolovaného ústavního zařízení ještě více prohlubuje. Nová koncepce zabývající se transformací systému péče o ohrožené děti, jejíž je problematika transformace institucionální výchovy součástí, požaduje nastavení otevřenějšího a k potřebám dětí ohleduplnějšímu systému prostřednictvím snížení počtu dětí (a jejich přednostním umisťováním do profesionálních – vyškolených a supervidovaných pěstounských rodin) v jednotlivých zařízeních, která by měla být multifunkční s ambulantní složkou a péčí rodinného typu, a zároveň zvýšení počtu kvalifikovaného personálu vázaného dodržováním určitých standardů kvality<sup>11</sup>.

#### **3.6.1 Prevence sociálního vyloučení**

Zároveň se vedou debaty o prevenci prohlubujícího se sociálního vyloučení, které život organizovaný v rámci jednoho omezeného prostoru nutně přináší. Např. veřejný ochránce práv

---

pramenit z jiných determinantů, zejména osobních zkušeností a struktury osobnosti jako takové.

11 Vedle nutnosti doplnit si vzdělání dle z o pedagogických pracovnících NAP (2009 – 2011) požaduje také nastavení systému celoživotního vzdělávání pro pracovníky v systému péče o ohrožené děti. NAPNSP 2009 – 2010 konkretizuje tuto myšlenku prostřednictvím rozvoje akreditačního systému programů zaměřených na další vzdělávání pedagogických pracovníků.

(2007) upozorňuje na negativní dopad omezeného styku dítěte s okolní společností a doporučuje vzdělávání dětí v běžných školách mimo zařízení a pokud to nelze, alespoň umožnit zájmové vzdělávání mimo zařízení. DDŠ představují přitom zařízení, která umožňují klientům realizovat jak své povinnosti (školní docházku), tak zájmové činnosti přímo v rámci zařízení, případně organizovaně pod dohledem vychovatele mimo zařízení. Větší možnost styku s okolním prostředím je těmto dětem umožněna až v době profesní přípravy po ukončení ZŠ nebo při přípravě na opuštění zařízení (v rámci projektů DDŠ). Odborníci z praxe přitom již dlouho upozorňují na to, že nedostatek sociálních kontaktů s běžnou společností vede k sociálnímu handicapu, který výrazně omezuje možnost zapojení klientů do života po ukončení ÚV/OV. Na úrovni školy je samozřejmě problém integrace žáků z DDŠ do spádové ZŠ v současné době nereálný, neboť školy nedisponují dostatečnými mechanismy pro jejich úspěšné zapojení (přeplněné třídy neumožňují individuální přístup, učitelé na tyto žáky nejsou připraveni odborně, ani lidsky). Ovšem v rámci mimoškolní činnosti, kterou si klient sám vybere, pozitivní dopad změny prostředí na psychickou vyrovnanost a sociabilitu dítěte zcela jistě převáží nad možnými riziky. Proč toho DDŠ nevyužívají, může být zapříčiněno zvýšenou organizační náročností, zejména v zařízeních, která se nevyskytují v dostatečné blízkosti zařízení volnočasových aktivit.

## 4. MOŽNOSTI INTERVENCE A TERAPIE

V prostředí, které se vymyká naší kontrole, je tím jediným, nad čím ještě máme kontrolu, právě naše tělo – sebepoškozování se tak může stát „coping strategy“, kterou, pokud selže komunikace, lze dle Laderové (2006) upozornit na svou bezmocnost či manifestovat vlastní sílu, což je totožné z hlediska životního pocitu – pocitu osamocení, nepochopení a zranitelnosti. Jak uvádí Favazza (2011), behavioralisté v 70. letech analyzovali sebepoškozování jako problém selhávající komunikace, což potvrdila i funkční analýza v 80. letech. Spatřovali za ním buď žádost o pozornost či manipulaci s okolím s cílem věnovat se preferované aktivitě či naopak vyhnout se aktivitě nepříjemné. Dnes byl tento jednostranný pohled na problematiku sebepoškozování již překonán díky práci D. Jeffreyho and A. Wurma, kteří rozklíčovali přesné a nepřesné výroky o sebepoškozování ve smýšlení odborné veřejnosti (in Reed, 2010).

Manipulativní prostředí necitlivé k potřebám jednotlivců může vést frustrované klienty k sebepoškozování jako formě manipulativního chování, jež přitahuje pozornost ostatních – jak vychovatelů, kteří musí ránu ošetřit a snažit se zabránit dalšímu opakování incidentu, tak i ostatních klientů – schopnost snést bolest zvyšuje sociální prestiž a zlepšuje postavení ve skupině. Je třeba mít na paměti, že takto poměrně jednoduché vysvětlení etiologie sebepoškozování není kompletní bez pochopení strategií chování v rámci dosavadního života jedince, které u naprosté většiny dětí v zařízení NRP souvisí s traumatizací v rodině a z toho důvodu narušeným vývojem osobnosti. Kombinace těchto faktorů anticipuje zvýšený výskyt daného jevu, jenž bude ověřován ve výzkumné části dané práce.

## 4.1 Intervence

V prostředí ústavní výchovy s dětskou klientelou se vyskytuje sebevražedné jednání na rozdíl od sebepoškozování spíše okrajově, navíc při jeho výskytu je dítě okamžitě svěřováno do péče psychiatrických oddělení, kde prochází cílenou odbornou terapií. Relativně běžnější případy sebepoškozujícího chování naopak nepředpokládají přesunutí dítěte do péče specialistů, a to často ani ambulantní formou, jak vyplývá ze šetření zaměstnanců Pestalozziho dětského krizového centra v Chrudimi (Gottwaldová, 2006) – jakékoli terapeutické působení je spíše záležitostí režimových opatření, případně působení pedagogického personálu, jehož možnosti jsou ovšem silně limitovány negativním postojem klientů k zařízení jako takovému (umístění vnímají jako trest). Zde je otázkou, zda za omezenými možnostmi odborné péče v zařízeních ústavní výchovy stojí spíše liknavost personálu či nedostatek profesionálů – dětských psychiatrů. Každoročně zveřejňované statistiky odborné psychiatrické péče vydávané Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR naznačují spíše druhou možnost – v ČR fungují pouze tři psychiatrické léčebny specializované na dětskou psychiatrii s celkovým počtem 250 lůžek (ve srovnání s 18 léčebnami a téměř 9000 lůžek pro dospělé), podobně i ambulance vykazují nejmenší počet vyšetření mládeže ve věku 14-19 let ve srovnání jak s dospělou, tak dětskou populací pod 14 let (speciálních ambulancí pro dětskou klientelu do 18 let je registrováno pouze 15 ve srovnání s téměř 140 pro dospělé). Některé kraje vykazují velmi nízké pokrytí odbornou psychiatrickou péčí vůbec.

Situaci může také komplikovat neexistence žádného oficiálního nástroje pro diagnostiku sebepoškozujícího chování. Pro detekci v klinické praxi či výzkumu se nejčastěji využívají sebesposuzovací dotazníky a škály, které plní funkci anonymního prostředníka kombinované s verbální výpovědí při klinickém

vyšetření, která nebývá příjemná a často působí na pacienta demotivačně (Platznerová, 2009).

Rizikovost nedostatečné pomoci může vést až ke vzniku návyku s následujícími znaky

(Kocourková, Koutek 2003):

- spouštěčem událost spojená s pocitem ohrožení
- zesílení pocitů dysforie, úzkosti a napětí
- vznik myšlenek na sebepoškození
- pokusy takové jednání odvrátit
- sebepoškození
- uvolnění napětí v důsledku vyplavení endorfinu, který člověku v případě zranění pomáhá snášet fyzickou bolest

Odborníci upozorňují na neohraničenost tohoto aktu a rizikovost jeho opakování (srov. Kocourková 2003, Kriegelová 2008, Platznerová, 2009 a jiní). Sebepoškozování se tak pro mnohé jedince stane drogou se stejnými návykovými projevy jako při zneužívání návykových látek. Dle těchto autorů je důvodem opakování opětovný pocit negace, způsobený pocity viny.

Ačkoli nelze vyloučit, že dospívající přestane se sebepoškozováním bez cizí pomoci (Pietruzsa; Shea; Whitlock, 2010 uvádí, že o sebepoškozování se u třetiny vyléčených z vyšetřovaného vzorku nikdy nedozvěděla žádná další osoba), je vhodné tento proces podpořit okamžitou intervencí v rámci možných opatření v ústavním zařízení a v dlouhodobějším horizontu usilovat o zprostředkování profesionální terapeutické pomoci na základě psychiatrického vyšetření vzhledem k tomu, že děti v ústavních zařízeních trpí dalšími přidruženými problémy (CAN, poruchy chování a další). Pravidla úspěšného překonání problému by měly stát na 3 základních pilířích (viz. Helpguide):

- nalezení někoho, komu lze důvěřovat
- identifikovat příčiny daného jednání<sup>12</sup>, analyzovat spouštěcí

---

12 Nock a Prinstein, 2004 in Favazza, 2012 rozlišující následující čtyři důvody sebepoškozujícího chování:

- zmenšit negativní emoce



události či myšlenky

➤ nalézt nové „coping strategies“.

Po ošetření ran, a to i mělkých, a zprostředkování informace, jaké mohou být důsledky takového jednání, je důležité poskytnout psychickou podporu. Pokud přijmeme náhled na sebepoškozování jako důsledek izolace jedince, způsobenou nedostatkem komunikace a pozitivních mezilidských interakcí (jak nastiňuje např. Lader, 2006), mělo by nosnou myšlenkou primární intervence představovat zejména být k dispozici dítěti, aby se mělo komu svěřit se svými problémy. Ačkoli se dospívající sebezraňují z nejrůznějších důvodů, okolí by vždy mělo i na pouhé podezření reagovat – nebát se s dotyčným o problému hovořit, klidně a věcně, dát mu najevo svůj zájem o jeho osobu a zároveň vyjádřit nesouhlas s daným chováním. Rozhodně je nevhodné použít neefektivní způsoby komunikace (viz. Kopřiva a kol., 2007) jako jsou zákazy, příkazy a posuzování osoby, které rozhodně nepomohou jedinci s problémovým chováním přestat (srov. Reed, 2010, Favazza, 2012, Lader, 2006, Whitlock, 2009). Základním pravidlem by mělo tedy být vést dítě k vyjádření svých emocí a ventilování trápení – pokud dítě nechce o problémech mluvit, lze ho navést k uvolnění emocí prostřednictvím psaní deníku, kreslení, ale i pláče apod. Vedle toho k rozptýlení také dobře poslouží kontakt s jinými lidmi a zaměstnání mysli a rukou. V případě negativních emocí, které dle zkušeností pozorování dítěte předcházejí sebepoškozování, je vhodné navrhnout dítěti jakoukoli jinou alternativu přijatelnou pro dítě i okolí, jak uvolnit napětí (jsou uváděny i poněkud obskurní praktiky jako např. uvědomělé pojídání rozinky, polepení izolepou apod., viz. Kilburn, E.; Whitlock, 2012).

Z výše naznačeného vyplývá, že v případě sebepoškozování

- 
- cítit alespoň něco kromě prázdnoty
  - vyhnout se určité sociální situaci
  - získat sociální podporu,

příčemž první ze jmenovaných důvodů absolutně převažujícím. Podobné faktory uvádí i Whitlock (2009) a doplňuje je o uspokojení potřeby sebekontroly či o sebepoškozování jako projev sebetrestání.

by měla intervence být spojena s prevencí opakování takového chování, a pokud k němu dojde, je nutné opětovně zdůrazňovat čistotu, aby se zabránilo infekci, spolu s důsledným vydezinfikováním všech ran a následného použití krému k prevenci jizev.

## **4.2 Terapeutické možnosti**

Psychiatrický pohled na problematiku sebepoškozování zdůrazňuje nutnost odhalit bazální psychopatologii a na ní primárně zaměřit terapii (srov. Hort, Hrdličková, Kocourková, Malá a kol., 2000, Kocourková, Koutek, 2003) s využitím metod psychosociálních (individuální, skupinová, rodinná terapie) a farmakoterapie, jejíž výsledky jsou moderními výzkumy označovány přinejmenším za rozporuplné, neboť biologické příčiny sebepoškozujícího chování nebyly potvrzeny (Favazza, 2012). Medikace je často neefektivní i z toho důvodu, že je stereotypně předepisována na předpokládané primární poruchy, zejména jsou předepisovány léky stabilizující náladu (antiepileptika, antidepresiva), ovšem ze studií vyplývá, že léky fungující u mentálně retardovaných, na kterých bývají primárně zkoušeny, mohou mít u poruch osobnostních minimální (např. neuroleptika) či dokonce negativní efekt (např. benzodiazepamy u hraničních osobností sebepoškozující tendence naopak zvyšují). Favazza (2011) dále uvádí i možnost neurochirurgických operací, které se však zcela okrajově aplikují nadměrně agresivním jedincům (odstranění amygdaly – centra emocí) a u sebepoškozování považuje za nejlepší možnou formu léčby prevenci v podobě pěstování kladných mezilidských vztahů.

Zahraniční zdroje zdůrazňující pohled na sebepoškozování jako na metodu regulace emocí (Favazza, 2012; Lader 2006; Whitlock, 2009) doporučují terapii primárně zaměřit na identifikaci situací a těmito situacemi vyvolaných emocí, které

fungují jako spouštěcí mechanismus sebepoškozujícího jednání. Proto je v počátcích vhodná zejména individuální psychoterapie se zkušeným specialistou (Kocourková, Koutek, 2003 zdůrazňují riziko manipulativních sklonů u těchto klientů).

Předpokladem úspěšnosti terapie je navázání kvalitního vztahu s psychoterapeutem, který by se neměl vyhýbat přímé diskuzi o problému. Z dalšího výzkumu terapie NSSI probíhajícím při výzkumném středisku NSSI při Cornellově univerzitě v USA vyplývá, že klientům vyhovuje spíše direktivní přístup zaměřený na změnu náhledu na problém a zároveň na osvojení si nových strategií a mechanismů řešení zátěžových situací (Pietrusza; Shea; Whitlock, 2012).

Z konkrétních terapeutických technik je všeobecně doporučována zejména kognitivně behaviorální terapie (KBT), která zdůrazňuje roli myšlení v oblasti jednání i emocí. KBT začal propagovat v 50. letech minulého století Dr. Albert Ellis, který považoval nedirektivní přístup psychoanalytické terapie za neefektivní, a orientoval terapii na aktivní řešení problémů prostřednictvím nácviku konkrétních účinných strategií s konečným cílem dosažení osobního růstu. Od psychoanalýzy se liší také tím, že je strukturovaná, převážně direktivní a časově ohraničená; vztah klient – psychoterapeut je předpokladem, nikoli cílem psychoterapie, kterým je samostatnost klienta; a především je zaměřena na aktuální (přítomné) problémy, které lze rozumově uchopit (Kratochvíl, 2006)

Z hlediska problematiky sebepoškozování je vhodná zejména vzhledem ke svému edukativnímu charakteru – vede klienta k účinnému řešení problémových situací, čímž zároveň zvyšuje jeho pozitivní sebehodnocení a kompetence k samostatnému řešení problémových situací se značným emocionálním stresem. V rámci KBT se můžeme setkat s dalšími technikami jako např. racionálně emotivní behaviorální terapií, kognitivní terapií, terapií racionálního žití, dialektickou behaviorální terapií atd.

Dialektická behaviorální terapie (DBT), která v současnosti představuje ve světě nejvlivnější terapie hraničních poruch osobnosti, není nicméně v České republice zatím příliš známá a využívána. Její autorkou je Marsha Linehan, profesorka psychologie, psychiatrie a behaviorálních na Washingtonské Univerzitě v Seattlu. DBT představuje eklektický přístup, který používá celé spektrum kognitivních a behaviorálních technik. Metoda klade důraz na rozvoj čtyř základních dovedností: sebe uvědomění, efektivitu interpersonálních interakcí, regulaci emocí a toleranci stresu. Kombinace kognitivně behaviorálních technik a sebe uvědomování pomáhá pacientů, získat lepší kontrolu nad svými impulsy k sebepoškozujícímu jednání a osvojit si jiné způsoby vypořádání se s intenzivními emocemi.

Nejnovější terapeutickou metodou je tzv. Kognitivně analytická terapie (CAT) vytvořená Anthony Rylem v r. 1990. Byla vyvinutá přímo pro pacienty, kteří se opakovaně sebepoškozují. Jedná se o soubor sekvencovaných úkolů pro neterapeutické pracovníky v zařízení zapisovaných do speciálního záznamového archu, kteří se prostřednictvím otázek snaží navést pacienta k volnému vyjádření svých pocitů z terapie. Je zacílena na optimalizaci vztahu pacienta k terapeutovi a rozpoznání protipřenosu. Terapeutovi je podkladem k sebereflexi a konstruktivnímu upravení vztahového rámce směrem k přijetí větší zodpovědnosti pacientem (Sheard, Svane, Cach, Chichi, King, Morgán, Neryli, Porter, Recese, Sforzando, Slin, Kundera, Ryle, 2000).

Méně profesionálů využívá přístupy psychochemické terapie jako např. terapie syndromu opakování traumatu, které hledají přijatelnou interpretaci konfliktů z dětství v souvislosti s aktuální situací klienta. U této psychoanalyticky orientované psychoterapie je velmi důležité nastavení hranic, neboť navázání vztahu je zde z principu předpokládáno, což zvyšuje riziko přenosu až manipulace klienta s terapeutem. Podpůrně působí různé hypnóza

či relaxační techniky (Holznerová 2009). Je třeba také věnovat zvýšenou pozornost přidruženým problémům jako je nízké sebehodnocení a komunikační problémy formou ať již individuální, či lépe skupinové terapie (Favazza, 2011).

Co se týče skupinové terapie, v našich podmínkách probíhá zejména v psychiatrických zařízeních, která však působí na pacienta značně represivně. Hospitalizace obecně není doporučována, protože snižuje vlastní odpovědnost za sebezraňující chování a má být indikována pouze v případech, kdy je sebezraňování jen jedním ze symptomů psychopatologie (poruchy příjmu potravy, závislost na návykových látkách, deprese apod.) nebo když je kromě sebepoškozování přítomno i sebevražedné chování (Kocourková, Koutek 2003). Skupinovou terapií ušitou na míru žákům ve věku 12-19 let představuje právě Selekmanův a Busterův program, jehož nespornou výhodou představuje fakt, že ho lze uplatnit, nejen ve škole terapii je možné realizovat ve věkově smíšených skupinách, ale v jakémkoli prostředí (Lieberman, Tosce, Theatin, 2009). Program je rozdělen do 8 sezení a je zaměřen na budování konkrétních dovedností. Obsahem terapie je uvědomění si vlastních pozitivních dovedností s následnou diskusí, jak by bylo tyto silné stránky možné integrovat do efektivních copingových strategií.

Z USA přicházejí ještě další inspirativní myšlenky profesionálně vedených psychoterapeutických skupin, které přijímají klienty na základě dobrovolného rozhodnutí se sebepoškozováním přestat. Např. program S.A.F.E. Alternatives nabízí 30-ti denní program pro dospívající od 12-ti let zaměřený na budování účinných strategií vyrovnání se s emocionálním stresem (S.A.F.E. Alternatives). Vedle toho zde také existuje množství svépomocných skupin organizovaných lidmi s obdobnými problémy. U nás na svépomocné bázi fungují zejména nejrozličnější internetové blogy, kde lidé s podobnými problémy mohou sdílet své potíže a které suplují i určité poradenství, vzhledem k jeho

výše popsané nedostatečné nabídce. Obecně hlavní předností těchto svépomocných podpůrných projektů je vytvoření bezpečného prostředí založeného na vzájemné důvěře lidí sdílejících obdobnou životní zkušenost.

## 5. PRAKTICKÁ ČÁST

### 5.1 Výzkumné otázky a hypotézy

Výzkum si klade za cíl rozklíčovat problematiku sebepoškozování, a to jak z pohledu těch, kteří představují z hlediska prevalence daného jevu v populaci rizikovou skupinu, tj. mládež ve věku 12 – 19 let, tak z pohledu pedagogických pracovníků, kteří s dětmi pracují a jsou tak prvními profesionály, v jejichž kompetenci by mělo být problém rozpoznat a nabídnout adekvátní pomoc (tj. zajistit sekundární prevenci). Výzkumné šetření má dvě části, obě jsou realizované ve stejných zařízeních, ovšem respondenty první části jsou konzumenti výchovně vzdělávacích služeb, tj. žáci, a druhé části naopak poskytovatelé těchto služeb, tj. učitelé a vychovatelé. Obě části výzkumu budou realizovány pomocí standardizovaných dotazníků vyhodnocených kvantitativně. Cílem bude také vybraná zařízení vzájemně porovnat, a to v obou částech. Výzkumné šetření se odehrávalo v zařízeních spadajících do gesce MŠMT. Jedná se jednak o běžnou střední školu a jednak o speciální etopedické zařízení – DDŠ.

Z hlediska cílové skupiny srovnávaných zařízení lze předpokládat, že prevalence daného jevu bude vyšší v DDŠ, který je již z charakteru svého poslání zaměřen na pomoc dětem s výchovnými problémy. Vzhledem ke stanovení kvalifikačních požadavků na jednotlivé pedagogické pracovníky ve školském zákoně, jejichž nedodržení bude od r. 2015 postihováno, lze předpokládat, že v obou zařízeních v současné době je naprostá většina pedagogických pracovníků plně kvalifikovaná či si vzdělávání již doplňuje vysokoškolským studiem, což potvrdili oba ředitelé vybraných zařízení. Ze srovnání samotných kvalifikačních předpokladů daných zákonem<sup>13</sup> je patrné, že vyšší fundovanost v oblasti prevence psychopatologických jevů by měly jednoznačně vykazovat učitelé a vychovatelé etopedického zařízení, což vyplývá

---

13 viz. Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících

již ze samotné povahy jejich profesní přípravy – kvalifikaci získají studiem speciální či sociální pedagogiky na VŠ, případně VOŠ (§16, odst. 2 Z 563/2004). Z těchto závěrů tedy vychází dvě hypotézy předkládaného výzkumu:

H1 Vyšší prevalence sebepoškozování budou vykazovat klienti DDŠ ve srovnání s žáky běžné školy.

H2 Větší znalost dané problematiky prokáží pedagogičtí pracovníci etopedického zařízení ve srovnání s učiteli v běžné škole.

Zároveň bych očekávala, že se v souladu s předešlými výzkumy (Butts, 2008; Reed, 2010; Duggan, Heath, Toste, 2011) potvrdí nízká úroveň povědomosti o sebepoškozování u pedagogických pracovníků v běžné škole

## **5.2 Popis DDŠ Chrudim**

Dětský domov se školou, středisko výchovné péče a základní škola Chrudim je školské zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy sdružující základní školu s celkovou kapacitou 72 žáků, dětský domov s kapacitou 72 dětí, středisko výchovné péče s ambulantní preventivně výchovnou péčí a školní jídelnu s kapacitou 250 jídel. Dětský domov má svá odloučená pracoviště: Chrudim II, Školní náměstí, kde je umístěno pracoviště Střediska výchovné péče a Přestavky 2, kde je výchovně léčebné oddělení, zřízené dle § 13b zákona č. 109/2002Sb. Kapacita tohoto oddělení je 36 dětí z celkové kapacity DDŠ. v obou částech základní školy se vyučuje podle školního vzdělávacího plánu Cesta do života č. j. 231/09-I a č. j. 232/9-I pro žáky s mentálním postižením.

Tento domov má dlouhou historii – již od r. 1949 sídlil v budově zámku v Hrochově Týnci (původně vznikl jako dětský domov, později fungoval jako dětský domov se zvýšenou výchovnou péčí a od šedesátých let neslo zařízení název dětský výchovný ústav až do změny zákona v r. 2002). V létě roku 2010 došlo k jeho přestěhování do nových, pro daný účel zbudovaných



prostor v Chrudimi. Kromě nesrovnatelně příjemnějších podmínek, zejména v trávení volného času, přinesla tato změna také další výhody, které nahrávají probíhající transformaci zařízení – jedná se zejména o snadnější dopravní dostupnost, větší možnosti aktivního zapojení do společenského života a v neposlední řadě i snadnější dostupnost dalších vzdělávacích institucí (možnost docházet do běžné ZŠ, DDM či SŠ bez nutnosti změny etopedického zařízení).

### 5.2.1 Výchovné působení DDŠ Chrudim

Dítě je přijato do DDŠ na základě rozhodnutí DDÚ v Hradci Králové. Po nástupu do DDŠ je klient zařazen do příslušné skupiny. Převýchovný proces je složitý a dlouhodobý a probíhá v několika etapách. Na konci adaptační fáze reedukačního procesu je za spolupráce kmenového vychovatele, třídního učitele a etopeda zpracován Individuální výchovně vzdělávací plán (IVP), v němž jsou stanoveny etapové cíle, doporučené výchovné postupy včetně vhodné motivace, ale i časový rozvrh programu a jeho technické zajištění.

Intervence v DDŠ vychází z podrobné speciálně pedagogické diagnostiky. Vychovatel si vede po celou dobu pobytu dítěte v zařízení podrobné záznamy o chování dítěte, které zaznamenává jak do individuálního programu rozvoje osobnosti, tak do osobního spisu dítěte. Součástí intervence v zařízení je také systém hodnocení, který spočívá v každodenní reflexi chování dítěte po celou dobu jeho pobytu v zařízení. K němu slouží pětistupňová barevná škála (zelená, žlutá, modrá, červená, černá páska). Na základě těchto záznamů je každý týden provedeno souhrnné hodnocení v rámci setkání všech dětí a pedagogických pracovníků, v tzv. komunitním kruhu. Tam je dítě ohodnoceno výslednou barevnou páskou, ze které plynou výchovná opatření na další týden (připsání či naopak odnětí určitých výhod). Setkání celé

komunity slouží také k seznámení s plány a úkoly na období následující. Vede jej etoped zařízení.

Hlavní formou výchovného působení na klienty v DDŠ jsou zájmové kroužky, které vedou k dalšímu rozvíjení nebo prohlubování možností seberealizace a uspokojování celého komplexu potřeb. Zájmová činnost je realizována v průběhu výchovného procesu podle týdenních plánů. Jednak se jedná o konkrétní nabídku zájmových kroužků přímo v DDŠ, ať již pravidelných či výběrových (organizovány 1x - 3x týdně), ale i využitím kroužků ve spolupracujících základních školách, sportovních oddílech v okolí či DDM.

Součástí týdenního plánu jsou také pracovní aktivity, jejichž cílem je vést děti k získání praktických manuálních dovedností pro péči o sebe sama i o jim svěřený majetek (zahrnují vaření, úklid a jiné domácí práce).

Jedním z pilířů reedukace je individuální práce s dětmi založená na respektování jejich osobnostních specifik. Individuální přístup pomáhají realizovat všichni zaměstnanci, ale odborná intervence je poskytována etopedem zařízení, který indikuje nutnost a četnost terapeutických aktivit a poskytuje krizovou intervenci.

Skupinová práce s dětmi využívající k léčebným účelům skupinovou dynamiku je realizována prostřednictvím arteterapie, muzikoterapie, týdenního hodnocení v komunitním kruhu, zátěžových pobytů, relaxačních technik, nácviku sociálních dovedností či drogové prevence apod.

### **5.3 Popis Hotelové školy a Střední školy Bohemia Chrudim**

Hotelová škola Bohemia v Chrudimi má mnohaletou historii. Je jednou z prvních soukromých (zřizovatelem je fyzická osoba) škol vzniklých v České republice po listopadu 89. Vzdělává žáky v následujících studijních oborech – hotelnictví a cestovní ruch.

Před pěti lety bylo dané portfolio oborů rozšířeno o obor pedagogické lyceum se sportovním zaměřením a o tři roky později také pedagogické lyceum s humanitním zaměřením.

### 5.3.1 Výchovné působení

S žáky pracují téměř výlučně jednotliví učitelé v rámci přímé pedagogické činnosti. Výchovní opatření jsou udílěna prostřednictvím klasického systému kázeňských opatření (napomenutí, důtky, podmíněčné vyloučení) a systému odměn (pochval), které schvaluje pedagogická rada, konaná jednou za čtvrtletí. Škola splňuje zákonem<sup>14</sup> dané minimum povinných výchovných a poradenských služeb, které zajišťuje proškolený učitel. Ředitel školy jmenuje jednak výchovného poradce a jednak metodika primární prevence. Diskutabilní je udělení funkce výchovného poradce zástupkyni ředitele školy. Škola poskytuje poradenské služby především zaměřené na problémy s prospěchem žáků. Prezentované poradenské pracoviště (složené z ředitele a zástupkyně) slouží k náboru nových žáků (konzultují se zde předpoklady ke studiu a budoucí možné uplatnění žáků). Metodikem zpracovaný program minimální prevence vychází z Metodického pokynu ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže č. j. 14514/2000-51. Podle tohoto manuálu rozlišuje jednotlivé druhy rizikového chování (stále ho ovšem nazývá sociálně patologickými jevy podle staré a ne zcela vyhovující terminologie terminologie<sup>15</sup>). Zcela nelogicky sem navíc zařazuje také psychické problémy. Sebepoškozování zde není zmíněno, stejně jako

---

14 Přijetím školského zákona 561/2004 Sb. školy mají zákonnou povinnost prevenci realizovat, toto je definováno ve vyhlášce č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů

15 Nové Metodické doporučení (2010) opouští terminologii sociálně patologické jevy a zavádí pouze pojem rizikové chování. „Pojem sociálně patologické jevy je pojmem sociologickým a postihuje fatální jevy ve společnosti (alkoholismus, krádeže, vraždy apod.), k nimž mimo jiné také musí směřovat opatření primární prevence. Nicméně ve školním prostředí pedagogové pracují s rizikovým chováním, vůči němuž zaujímají účinná primárně preventivní opatření s cílem minimalizace projevů i rizik takového chování a případně je diagnostikují a následně přijímají efektivní opatření“ (Metodické doporučení, 2010).

v uvedeném metodickém pokynu. K naplnění minimálního preventivního programu škola realizuje následující aktivity:

- informační preventivní aktivity založené na předání informace o určitém rizikovém chování formou konzultační hodiny, ať už metodika prevence nebo dalších učitelů, či besedy a přednášky s odborníky. Častěji je zařazováno promítání filmů s tematikou sociálně patologických jevů v hodinách, což ovšem záleží již zcela na záměru jednotlivých učitelů. Konzultace s učiteli žáci využívají k doplnění či opravení známek.
- aktivity výjezdové nebo pobytové. Zejména žáci pedagogického lycea se vzhledem k náplni oboru dostanou na exkurzy do speciálních výchovných zařízení apod. Pro studenty 1. ročníku je organizován adaptační kurz a podle zájmu třídy a její schopnosti organizace i školní výlety v následujících ročnících školy.
- volnočasové aktivity jsou zařazovány minimálně. Pro zájemce je otevřen pouze odborný kroužek barmanský.
- školní časopis lze považovat za prevenci vytvářenou samotnými žáky. Časopis školy se však bohužel dle pokynů ředitele zaměřuje na prezentaci školy a jiná náplň je spíše okrajovou záležitostí.

## **5.4 Metodologie**

### **5.4.1 Screening prevalence**

K diagnostice sebepoškozujícího chování lze použít několik různých, v naší klinické praxi nejčastěji využívaných dotazníků; zde uvádím jejich přehled dle Platznerové (2009):

- Dotazník sebepoškozujícího chování (Self-Harm Behavior Questionnaire, SHBQ, Guetierrez, 1998) - zjišťuje anamnézu sebepoškozování, jeho frekvenci, riskantnost, přiznávání a dosavadní léčbu a na základě těchto stanovuje stupeň rizika suicida.

- Funkční hodnocení automutilace (Functional Assessment of Self-Mutilation, FASM, Loyd, Kelley, Hope, 1997) - zaměřený na metody, funkce a frekvenci automutilačního chování.
- Dotazník sebepoškozování (Self-Harm Inventory, SHI, Sansone, Wiedermann, 1998) - vhodný pro odhalení hraniční poruchy, ale i primární screening

V první části praktického výzkumu s cílem screeningu výskytu sebepoškozování v porovnání běžné školy a etopedického zařízení byl použit validovaný dotazník Self-harm Inventory (SHI, viz. příloha č. 1), prvně publikovaný autory Sansone a Wiederman v r. 1998. Jedná se o krátký dotazník o 22 položkách určený pro vlastní zhodnocení historie sebepoškozování v průběhu života. Ve všech položkách se jedná o záměrné sebepoškozování – každá otázka má stejné počáteční schéma - „Už jsi se někdy záměrně či naschvál pokusil o....?“.

Většina položek dotazníku (14) se vztahuje právě k sebepoškozování (zahrnuje všechny jeho typické projevy včetně řezání, pálení, škrábání a způsobování si modřin apod.). Neopomíjí také projevy psychického sebetrýznění se – k tomu se vztahují otázky typu: „Setrval jste někdy v emočně vypjatém vztahu či trýznil jste se někdy odříkáním si náboženského života?“ apod. Ostatní položky se zabývají dalšími patologickými projevy chování, které se sebepoškozováním souvisí (Sansone, Sansone, 2010). Jedná se o problematiku poruch příjmu potravy, kterým jsou v dotazníku vyhrazeny 3 položky (otázky týkající se hladovění či zneužívání laxativ), dále 2 položky jsou vyhrazeny projevům s vysokým letálním rizikem jako je předávkování či pokus o sebevraždu a konečně 3 položky jsou spojené s v teoretické části popsanými faktitivními (předstíravými) poruchami – tj. zneužíváním lékařské pomoci (zneužívání léčiv, umělé zhoršování zdravotní situace apod).

Odpovědi jsou zaznamenávány na jednoduché škále ano – ne s tím, že celkový počet sebepoškozujících pokusů u respondenta je jednoduše zjistitelný sečtením kladných odpovědí, což je možné vzhledem k tomu, že všechny položky vykazují významnou patologii (Sansone, Wiederman, Sansone, 1998). Jednotlivé položky dotazníku byly vybrány na základě sebepoškozujícího chování popisovaného v literatuře a také na základě vlastní klinické praxe autorů.

Bylo prokázáno, že dotazník vykazuje dobrou vnitřní konzistenci (hodnota vnitřní konzistence dotazníku, tzv. Cronbachova alfa nabývá hodnotu 0,80, blíží se tedy k ideální hodnotě 1,00; dotazník je tedy považován za reliabilní). Validační studie prokázaly, že test vykazuje vysokou korelaci s měřením hraniční poruchy osobnosti. Celkové skóre 5ti a více bodů vykazuje 84% spolehlivost při diagnostikování této poruchy u dospělých (Nixon, Heath, 2009, srov. Sansone, Sansone, 2010). Proto se tento dotazník sebepoškozování jako jediný často využívá ke screeningu hraniční poruchy osobnosti v klinické praxi (Sansone, Sansone, 2010). Vzhledem k tomu, že mapuje výskyt sebevražedného chování v průběhu celého života, nelze tento dotazník použít k měření výsledků léčby.

Nespornou výhodou dotazníku je, že je zdarma ke stažení (ač přeložený zatím pouze do němčiny a holandštiny) a že je použitelný jak v klinické praxi, tak v běžném prostředí jako nástroj primární prevence (Sansone, Sansone 2010).

#### 5.4.2 Zjišťování kompetence pedagogických pracovníků

V druhé části dotazníkového šetření jsem použila výňatek ze standardizovaného dotazníku, který pod názvem Self-Injury Survey (SSI, viz. příloha č. 2) sestavil Beads (2007 in Butts, 2008). Dotazník obsahuje původně 36 položek rozdělených do několika částí – v úvodu se soustředí na demografické údaje, potom

následuje část zaměřená na současnou povědomost o problematice sebepoškozování a poslední část se soustředí na zjišťování zkušeností z vlastní praxe. Reed (2010) k němu přidala dalších 10 položek týkajících se školních programů specializovaných na sebepoškozování. Takový program však ani v jednom zkoumaných zařízení nebyl vytvořen, proto jsou tyto otázky z hlediska tohoto výzkumu považovány za irelevantní. Z hlediska obsahu této práce je nejvýznamnější část druhá, která byla v daném dotazníku zpracována dle Jeffreyho a Warma, kteří se ve svém článku “A Study of Service Providers’ Understanding of Self-harm,” otištěném v *Journal of Mental Health* 11/2002 zabývali odlišením pravd a mýtů o sebepoškozování, jedná se tedy o tvrzení, která se tradují, ovšem nebyla výzkumy potvrzena<sup>16</sup> (Reed, 2010). Tento dotazník se původně skládal z 20 položek (srov Reed, 2010; Butts, 2008) ho uvádějí nezkrácený (viz. příloha); pro potřeby této práce jsem ho zkrátila o část zabývající se prezentací sebepoškozování v médiích a popisy konkrétních projevů – v předvýzkumu se ukázalo, že tyto položky byly považovány za těžko zodpověditelné a pro respondenty nepříjemné. Navíc předvýzkum potvrdil neochotu vyplňovat příliš rozsáhlé dotazníky (maximum bylo uváděno do 30 položek, ideálně kolem 20). Proto byly vybrány jen položky ve formě tvrzení zaměřených na obecné znalosti o sebepoškozování, což celkově činí 28 položek.

---

16 Např. Dlouho se mělo za to, že sebepoškozování představuje problém především žen; naznačovaly to první výzkumy, současné výzkumy však prokazují, že rozdíly mezi muži a ženami jsou méně významné, než se předpokládalo a celkově nižší počet mužů s danou diagnózou souvisí spíše s faktem, že muži obecně méně vyhledávají odbornou pomoc a navíc vzhledem k jejich obecně vyšším sklonům k riskantnímu chování se mnoho jejich projevů za sebepoškozování v konečném důsledku ani nepovažuje (Reed 2010).

## **Přehled pravdivých a nepravdivých tvrzení o sebepoškozování**

*Přeloženo z Reed (2010), jež upravila z "A Study of Service Providers' Understanding of Self-harm," od D. Jeffrey and A. Warma, 2002, Journal of Mental Health, 11, p. 229.*

### **Pravdivá tvrzení**

- Sebepoškozování představuje formu komunikace.
- Sebepoškozování dodává pocit kontroly.
- Sebepoškozování odvádí od nepříjemných myšlenek.
- Sebepoškozování přináší euforii.
- Sebepoškozování pomáhá ventilovat pocity vzteku.
- Sebepoškozování je výrazem emocionální bolesti.
- Sebepoškozování představuje způsob, jak řešit potíže.
- Sebepoškozování představuje strategii vyrovnání se s problémy.
- Sebepoškozování pomáhá lidem udržet si pocit vlastní identity.
- Sebepoškozování pomáhá uniknout z depresivních stavů.
- Sebepoškozování je odlišné od sebevraždy
- Sebepoškozování může být znakem vztahujícím se k psychopatologii.

### **Nepravdivá tvrzení, včetně mýtů o sebepoškozování**

- Sebepoškozování je známou šílenství či mentální poruchy.
- Lidé, kteří se sebepoškozují, z toho vyrostou.
- Sebepoškozování představuje manipulativní jednání.
- Sebepoškozování je převážně ženský problém .
- Nejlepší způsob zacházení s lidmi, kteří se sebepoškozují, je donutit je, aby přestali.
- Lidé, kteří se sebepoškozují, byli sexuálně zneužíváni.
- Sebepoškozování představuje nezdařený pokus o sebevraždu.
- Sebepoškozování je volání o pozornost.
- Sebepoškozováním trpí lidé s Münchausenovým syndromem.
- Lidé, kteří se sebepoškozují, potřebují hospitalizaci v psychiatrické léčebně.



- Sebepoškozování představuje formu sebevraždy.
- Sebepoškozování predikuje sebevraždu v budoucnosti.
- Lidé, kteří se sebepoškozují, mívají také myšlenky o sebevraždě.
- Sebepoškozování poukazuje na psychopatologii (vážnou emoční poruchu).
- Sebepoškozování je odlišné od psychopatologie (vážné emoční poruchy).
- Lidé, kteří se sebepoškozují, pocházejí převážně ze střední a vyšší společenské třídy.

Všechny otázky jsou kódovány Likertovou škálovací metodou (5ti bodová škála – souhlasím – spíše souhlasím – nevím – spíše nesouhlasím - nesouhlasím), která je používána pro určení míry stupně souhlasu či nesouhlasu s tvrzením, se kterým jsou respondenti výzkumu konfrontováni. Likertova škála, která byla vyvinuta roku 1932, představuje jednu z nejspolehlivějších technik měření postojů (Rod 2012). Jeffery and Warm (in Reed 2010) uvádí dostatečnou míru vnitřní konzistence dotazníku (Cronbachova alfa nabývá hodnoty 0,75). K těmto 28 otázkám byly ještě přiřazeny 2 otázky s výběrem odpovědi z možností z původního dotazníku Reedové (2010), které také sledovaly znalost problematiky, a posléze 6 otázek ze stejného zdroje s otázkami na posouzení vlastních kompetencí a zájmů v této oblasti (a taktéž odpovědi formou výběru). Poslední otázka se týkala profesního zařazení respondentů.

Pravdivá tvrzení jsou vyhodnocena běžně (od 1 bodu pro nesouhlasím po 5 bodů pro souhlasím). Nepravdivé položky (tvrzení) se přeškalují opačně, tj. za kladné odpovědi (ano, spíše ano) je přidělen 1, respektive 2 body a za záporné (ne, spíše ne) je přiděleno bodů 5, respektive 4. Prostřední hodnota nevím dosahuje vždy hodnoty 3 u pravdivých i nepravdivých tvrzení. Z toho je patrné, že čím se skóre blíží více hodnotě 5, tím je suma odpovědí

správnější a opačně, čím více se hodnota blíží 1, tím je výsledek (míra porozumění) horší.

Analýza výsledků bude provedena dle vzoru vypracovaného Beldem (2007), jak uvádí Butts (2008)<sup>17</sup>. Pro přehlednost budou položky dotazníku rozklíčovány dle porozumění problematice sebepoškozování, jak se projevilo v odpovědích, na otázky s dobrým, špatným a problematickým porozuměním. Beldem byl a stanovena 70% hranice pro rozdělení dle daného klíče. Za otázky s dobrým porozuměním budou označeny otázky, které obsahují položky, v nichž správná odpověď představovala více než 70% odpovědí. Na druhé straně za otázky se špatným rozuměním dané problematice budou považovány ty položky, kde chybné odpovědi přesahovaly 70% hranici. Za otázky problematické budou považovány všechny ostatní položky, tj. ty, u nichž chybné ani správné odpovědi nedosáhly 70%. Důležité je, že odpověď nevím (s hodnotou 3) je zde vždy považována za nesprávnou.

## **5.5 Výsledky 1. části – prevalence jevu**

### **5.5.1 Realizace 1. části výzkumného šetření**

V obou zařízeních byl dotazník distribuován učitelům, kteří byli instruováni, jak dotazník aplikovat. Vzhledem k jednoduchosti a přehlednosti doplňování odpovědí všechny vyplněné dotazníky mohly být vyhodnoceny. Celkový počet respondentů dosáhl 99 (n=99), z toho 65 žáků SŠ a 34 klientů DDŠ. Jediný problém z hlediska respondentů představovali některé otázky – a to zejména otázky obsahující cizí slova pro respondenty neznámá (např. u otázky č. 22 se respondenti opakovaně tázali, co jsou laxativa apod.). Vzhledem k tomu, že dotazníky zadával ve většině případů přímo třídní učitel, neměli žáci problém se na význam zeptat a tedy

---

<sup>17</sup> Vzhledem k nepublikování původního zdroje bude zpracováno dle zdroje sekundárního. Primární zdroj: Beld, A. (2007). SI in the schools: A survey of school psychologists. Unpublished specialist thesis, Western Kentucky University, Bowling Green.

položku zodpovědět. Obecný problém s porozuměním se opakovaně vyskytl u otázky č. 14, která velké části respondentů přišla nesmyslná, což se dalo vzhledem k jejich věku a celkovému naladění společnosti, předpokládat – v tomto případě, pokud ani po opakovaném vysvětlení otázce nerozuměli, byli vyzváni, aby zahrli zápornou odpověď, jak také učinili. Z celkového počtu 65 žáků střední školy se kladná odpověď vyskytla u této položky pouze jednou, v případě DDŠ. Z hlediska věkového byli respondenti rozloženi rovnoměrně, ve všech případech se jednalo o žáky mezi 15 a 18 rokem věku. Ze šetření byli úmyslně vyřazeni mladší žáci DDŠ<sup>18</sup> a starší žáci SŠ (žáci v rozmezí 15- 19 let), a to proto, aby ve srovnání zařízení nedošlo ke zkreslení dat (zachování hlediska totožné věkové struktury). Z hlediska vývojové psychologie se jedná o adolescenty (Říčan, 2004), ačkoli dospívání představuje celou jednu dekádu života, vymezenou 10 – 20 rokem věku (Vágnerová, 2005). Z hlediska rozložení respondentů dle pohlaví v obou zařízeních mírně převažovaly dívky nad chlapci, což v konečném výsledku ukazuje následující graf.

Graf č. 1

Rozložení respondentů dle pohlaví



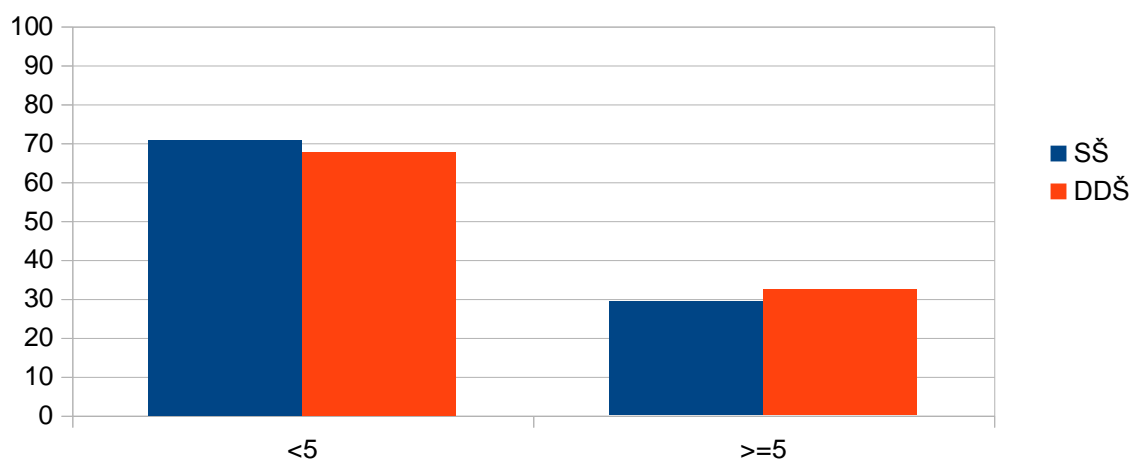
18 Do DDŠ v Chrudimi jsou zpravidla přijímány děti ve věkovém rozpětí 12 – 18 let.

### 5.5.2 Interpretace výsledků 1. části výzkumu

Jak bylo uvedeno v metodické části práce, hraniční hodnotu indikující riziko hraniční poruchy osobnosti, což bývá u nás nejčastější diagnóza pacientů se sklony k sebepoškozování, představuje hodnota 5, kdy u konečného skóre 5 a více bodů je doporučováno podrobnější psychiatrické vyšetření na odhalení této poruchy. Zajímavé přitom je, že žáci SŠ ve srovnání s klienty DDŠ vykazují téměř shodné procentuální zastoupení dospívajících s vysokým rizikem (84%) výskytu diagnózy hraniční poruchy osobnosti – 29% u SŠ ve srovnání s 32% u DDŠ. Vyjádřeno bodově, počet kladných odpovědí rozpočítaných na jednoho respondenta ze SŠ představuje 3,3 oproti 4,4 u DDŠ. Absolutně nejvyšší skóre 15ti bodů bylo naměřeno jedné dívce z DDŠ (u SŠ nejvyšší skóre představovala hodnota 10). Nejnižší skóre 0 se objevilo ve 3% případů u žáků DDŠ a 6% u žáků SŠ. V následující tabulce

Graf č. 2

Procentuelní rozložení dle rizika hraniční poruchy osobnosti



Velmi zajímavé je srovnání typů otázek, u kterých se objevilo nejvíce kladných odpovědí. Ačkoli tedy procentuální srovnání

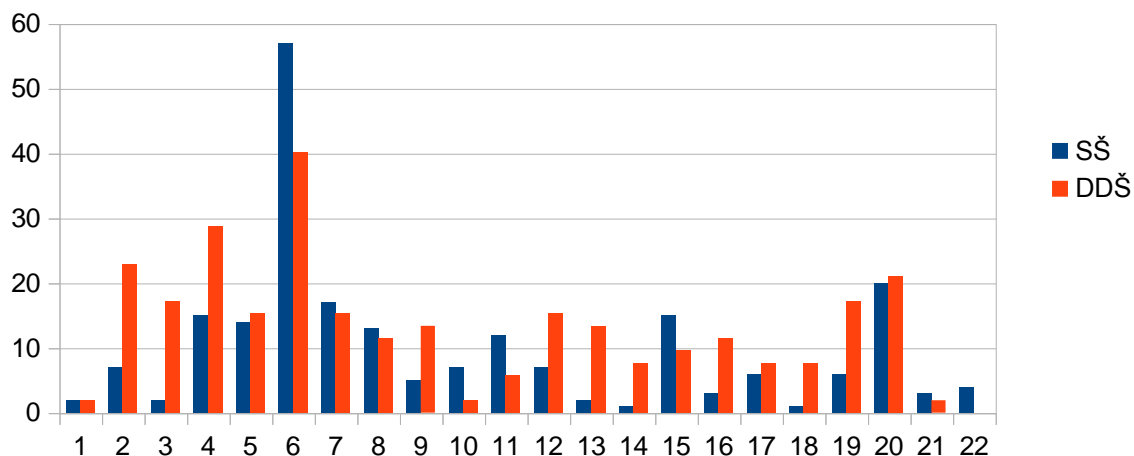
prevalence jevu v jednotlivých zařízeních neimplikuje významný rozdíl, ve srovnání otázek je vidět, že dospívající z běžné školy a etopedického zařízení vykazují sebepoškozování v poněkud odlišných oblastech.

Shodně otázkou s absolutně nejvyšším počtem kladných odpovědí představovala otázka č. 6 týkající se zkušenosti respondentů se zneužíváním alkoholu (88% žáků SŠ, 62% klientů DDŠ). Srovnatelné skóre vykazovala otázka č. 20, tj. trápení se sebeodsuzujícími myšlenkami (31% SŠ, 32% DDŠ). V žebříčku kladně zodpovězených otázek stála shodně také otázka č. 4 – zkušenost s úmyslným bouchnutím se (23% SŠ, 44% DDŠ, ačkoli zde je již patrný významný rozdíl mezi zařízeními). Ve stejné míře jako bouchání se u SŠ mládeže vyskytuje také setrvávání v emočně náročných vztazích, a to v obou zařízeních (srov. 23% u SŠ i DDŠ).

Výše zmíněný rozdíl mezi zařízeními je markantní především ve srovnání nejběžnějších projevů sebepoškozujícího chování u dospívajících – tj. vedle úmyslného bouchání se sem řadí řezání se, pálení se či škrábání, jak bylo uvedeno v teoretické části práce. Absolutně nejrozšířenějším projevem je přitom řezání, které vykazuje vysokou prevalenci u dospívajících z DDŠ (uvedlo ho 35% dotázaných) na rozdíl od žáků SŠ, kde se vyskytovalo spíše okrajově (u 10% dotázaných). U dětí z DDŠ tak představovalo po alkoholu druhý nejběžnější projev sebepoškozování, zatímco středoškolská mládež má po alkoholu nejvíce zkušeností s riskantní jízdou autem (26%), což je sice vzhledem k podmínkám ústavní výchovy komplikovanější, ale vyskytuje se u téměř u shodného procentuálního počtu respondentů (23%). Ve srovnání ostatních nejběžnějších typů sebepoškozujícího chování vykazovali žáci SŠ i DDŠ obdobnou zkušenost (kolem 20%), pouze u pálení jako druhého nejrozšířenějšího projevu byl obrovský rozdíl – mizivou zkušenost s pálením mají žáci SŠ (0,3%) oproti 27% dětí z DDŠ.

Graf č. 3

Poměrné zobrazení kladných odpovědí u jednotlivých položek dotazníku



Seznam nejfrekventovanějších odpovědí:

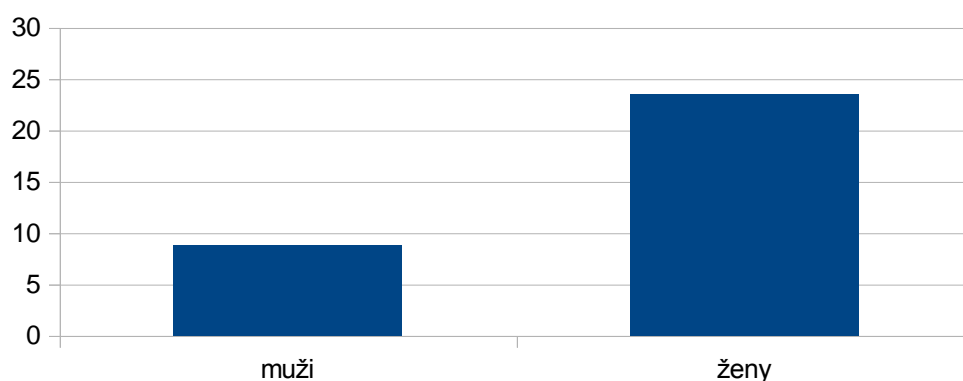
- otázka č 2 Pořezal ses záměrně?
- otázka č. 4 Udeřil ses záměrně?
- otázka č. 6 Užíval jsi alkohol?
- otázka č. 20 Trýznil ses sebeodsuzujícími myšlenkami?

Vzhledem k tomu, že v dotazníku bylo uvedeno také pohlaví, lze porovnat výsledky prevalence jevu u chlapců a dívek. Problematická je ovšem interpretace výsledků, neboť ačkoli první výzkumy jasně poukazovaly na vyšší prevalenci sebepoškozování u žen ve srovnání s muži, současné výzkumy se na tuto tezi dívají problematicky (srov. Baetens a kol. 2011; Gratz, 2001 uvádí totožnou prevalenci z hlediska pohlaví a obecně se často uvádí, že muži pouze tak často nevyhledají odbornou pomoc, tj. neobjeví se v nejběžnějších klinických výzkumech či některé projevy jsou dokonce sociálně akceptované, Platznerová, 2009). Jiné současné studie zabývající se prevalencí sebepoškozování v Evropě však potvrzuje dvojnásobný výskyt sebepoškozování u žen ve srovnání s muži (Madge a kol., 2008), což by odpovídalo i výsledkům

tohoto výzkumného šetření. Následující tabulka ukazuje rozložení výsledků u mužů a žen, kdy u žen se rizikové sebepoškozování s hodnotou vyšší než 5 včetně, implikující hraniční poruchu osobnosti, vyskytuje v 24% případů, zatímco u mužů pouze v 9%.

Graf č. 4

Procentuelní rozložení respondentů dle rizika hraniční poruchy a pohlaví



Přitom nejtypičtější projev sebepoškozování – tj. řezání uvedly v dotazníku výhradně ženy, zatímco u mužů představovalo nejtypičtější projev pálení, což odpovídá studii zabývající se vztahem mezi NSSI a rozdílnosti temperamentu u mužů a žen (Baetens a kol. 2011), která využívala stejný výzkumný nástroj (dotazník SHI).

## 5.6 Výsledky 2. části výzkumu – kompetence pedagogických pracovníků

### 5.6.1 Realizace výzkumného šetření

Tato část výzkumného šetření byla realizována prostřednictvím zkráceného dotazníku Self Injury Survey (SSI), který byl vytvořen v cloudovém prostředí googlu a rozeslán jednotlivým respondentům mailem. Výhodou cloudového prostředí je zejména to, že jednotlivé odpovědi se samy rovnou

zaznamenávají do přehledové tabulky odpovědí a je tudíž minimalizováno riziko chyby způsobené přenosem informací. Takto jsem oslovila všechny pedagogické pracovníky SŠ Bohemia Chrudim, tj. v současné době 19 lidí, vyplněných dotazníků se mi vrátilo 16, návratnost tedy dosáhla 84%. Obdobně jsem oslovila také všechny učitele a vychovatele DDŠ Chrudim, kde se mi řádně vyplněných vrátilo 81% dotazníku, tj. 16 z 20 rozeslaných. Všechny přijaté dotazníky byly kompletně vyplněné, čemuž napomohla možnost aktivování povinnosti zvolit odpověď (otázky se zobrazují jednotlivě a postupně a nedovolí respondentovi pokračovat, pokud nezodpoví). Celkový počet vyhodnocovaných dotazníků tak dosáhl počtu 32 ( $n=32$ ). U jednotlivých položek se neobjevil větší problém s porozuměním otázek.

Vyhodnocení proběhlo dle postupu autora dotazníku Belda (in Butts, 2008). Po přepólování problematických položek byly jednoduše hodnoty u jednotlivých respondentů zprůměrovány a stejným postupem byly také určeny průměrné hodnoty porozumění jednotlivých položek dotazníku. Velkým překvapením přitom bylo, že průměrné hodnoty u respondentů DDŠ byly jen zanedbatelně vyšší než u učitelů SŠ. Z maximálního bodového ohodnocení 5ti bodů naznačujícího optimální porozumění problematice sebepoškozování dosáhli pedagogičtí pracovníci v DDŠ průměrně 3,54 bodu, zatímco učitelé v SŠ vykazovali v průměru hodnotu 3,41 - rozdíl tedy činil pouze 0,13 ve prospěch pedagogů v DDŠ. Potvrdilo se tedy v souladu s hypotézou číslo 2, že pedagogové DDŠ vykáží větší porozumění problematice sebepoškozování, ovšem s téměř zanedbatelným rozdílem. Následující tabulka ukazuje průměrné bodové hodnocení zařízení ve srovnání s výsledky výzkumu Reedové (2010), který se uskutečnil mezi učiteli z americké high school (obdobu naší SŠ) a školenými výchovnými poradci pro školní prostředí.



Tabulka č. 1 Srovnání průměrně dosažených hodnot porozumění problematice sebepoškození

Respondenti	Průměrná hodnota	Rozpětí hodnot
SŠ	69,3	61 - 82
DDŠ	70,6	60 - 80
učitelé - Reedsová	68,83	52 - 89
výchovní poradci - Reedová	76,9	64 - 93

Z uvedeného přehledu je patrné, že mezi běžnou populací učitelů u nás i v USA není významný rozdíl, co se týče porozumění problematice sebepoškození. Lepšího výsledku dosahují školení profesionálové poskytující poradenství a primární intervenci na školách, a to dokonce i ve srovnání s pedagogy ve speciálním zařízení pro problematickou mládež. Podobných výsledků dosáhl také výzkum Duggana, Heathe, Tosteho a Rosse (2011), u nichž průměrná hodnota dosaženého skóre na jednu položku dotazníku činila 3,24 bodu, což zde bylo interpretováno jako podprůměrné porozumění problematice sebepoškození.

Zajímavé je správné porozumění v rámci jednotlivých otázek. Za otázky se správným porozuměním lze považovat otázky, jejichž průměrné skóre přesáhlo hodnotu 3,5 (tj. více jako 70% správných odpovědí, kdy 100% představuje hodnota 5, srov. Butts, 2008). Sem patřila většina otázek (14 z celkového počtu 28), zatímco mezi otázky s vyloženě nesprávným porozuměním (tedy ty, jejichž průměrná hodnota nedosáhla 2,1 bodu, tj. méně než 70% ze 3 – za nesprávně zodpovězené považovány otázky s hodnotou 1,2 a 3) lze považovat pouze otázky 2 – otázku č. 16 a 25. Vzhledem k obdobné kvalitě porozumění dané problematice bylo rozdělení otázek dle porozumění vychází z celého vzorku respondentů.

Tabulka č. 2 Správné porozumění jednotlivým položkám dotazníku SIS

otázka číslo	znění otázky	prům. skóre
1	Sebepoškozování představuje formu komunikace	4
4	Lidé, kteří se sebepoškozují, z toho vyrostou	4,1
8	Sebepoškozování je převážně ženský problém	4,1
9	Sebepoškozování pomáhá ventilovat pocity vzteku	3,8
10	Nejlepší způsob zacházení s lidmi, kteří se sebepoškozují, je donutit je, aby přestali	4,3
11	Sebepoškozování je výrazem emocionální bolesti	4
13	Sebepoškozování představuje nezdařený pokus o sebevraždu	3,8
14	Sebepoškozování představuje způsob, jak řešit potíže	3,7
15	Sebepoškozování představuje strategii vyrovnání se s problémy	3,9
19	Sebepoškozování pomáhá uniknout z depresivních stavů	3,8
21	Sebepoškozování představuje formu sebevraždy	3,8
24	Sebepoškozování je odlišné od sebevraždy	4,3
27	Sebepoškozování může být znakem vztahujícím se k psychopatologii	4,1
28	Lidé, kteří se sebepoškozují, pocházejí převážně ze střední a vyšší společenské třídy	3,9

Tabulka č. 3 Nesprávné porozumění jednotlivým položkám dotazníku SIS

otázka číslo	znění otázky	prům. skóre
16	Sebepoškozování je volání o pozornost	1,7
25	Sebepoškozování poukazuje na psychopatologii	2

Tabulka č. 4 Problematické porozumění jednotlivým položkám dotazníku SIS

otázka číslo	znění otázky	prům. skóre
2	Sebepoškozování je známou šílenství či mentální poruchy	3,4
3	Sebepoškozování dodává pocit kontroly	2,8
5	Sebepoškozování odvádí od nepříjemných myšlenek	3,5
6	Sebepoškozování představuje manipulativní jednání	2,5
7	Sebepoškozování přináší euforii	3,5
12	Lidé, kteří se sebepoškozují, byli sexuálně zneužíváni	3,4
17	Sebepoškozování pomáhá lidem udržet si pocit vlastní identity	3,4
18	Sebepoškozováním trpí lidé s Münchausenovým syndromem	3,3
20	Lidé, kteří se sebepoškozují, potřebují hospitalizaci v psychiatrické léčebně	2,9
22	Sebepoškozování predikuje sebevraždu v budoucnosti	3,3
23	Lidé, kteří se sebepoškozují, mívají také myšlenky o sebevraždě	2,5
26	Sebepoškozování je odlišné od psychopatologie	3,5

Pokud tyto výsledky srovnáme s výzkumem Reedové (2010), je možné soudit, že v poměrně širokém portfoliu otázek jsou výsledky totožné – většina otázek vykazovala obdobné porozumění, ačkoli u Reedové se neprokázalo vyloženě špatné porozumění otázkám, pouze problematické. Na rozdíl od výsledků výzkumu Reedové byly správně zařazeny otázky č. 4 a 19 (člověk z toho vyroste a překonání deprese), výrazně horší porozumění ovšem vykazovaly otázky, v nichž se objevovala odborná terminologie, ačkoli byla v dotazníku vysvětlena (otázky vztahující se k psychopatologii a Münchhausenovu syndromu).

Zejména otázky vztahující se k psychopatologii a sebevraždě byly nekonzistentně zařazovány (některé byly zařazeny správně, jiné nevhodně), zřejmě zde záleželo na formulaci a jejímu uchopení a porozumění významu respondenty; považují tedy za důležité je znovu ověřit. Z výzkumu také vyplynulo, že respondenti sebepoškozujícímu jednání nepřipisují pocity euforie, ačkoli si dobře uvědomují, že se jedná o copingovou strategii – zde je možná patrná zakořeněnost mýtu nesmyslnosti a nepochopení daného jednání.

Jak již bylo zmíněno, ke konci dotazníkového šetření byly přidáno 6 otázek, které měly zmapovat zkušenost a kompetence k intervenci v případě potřeby. Zajímavé je, že nadpoloviční většina respondentů (70%) v obou zařízeních shodně uvádí, že daná problematika se týká především mládeže věkové kategorie 16 – 22 let, tj. adolescentů (což odpovídá věkové struktuře respondentů první výzkumné části), pouze třetina uvádí, že sebepoškozování se objevuje především u pubescentů ve věku 13-15 let.

Již v otázce na prevalenci daného jevu v populaci byly znatelné rozdíly zřejmě vzhledem ke zkušenosti z praxe, což potvrdila následující otázka – odhady učitelů SŠ se pohybovaly spíše při dolní hranici (do 10%), pedagogové DDŠ uváděly vesměs hodnoty vyšší (nejčastěji v rozsahu 6-10% a 16-20%). Právě v DDŠ respondenti uváděli znalost problematiky především z vlastní praxe (50% respondentů), ostatní uváděli, že problematika byla součástí jejich profesní přípravy. Za studií o problematice slyšelo taktéž 30% učitelů SŠ, třetina uváděla, že ho znají z vyprávění známých či kolegů a téměř 30% z médií. Pouze jeden učitel uvedl, že se s ním setkal přímo v praxi. Pouze ojediněle se objevila u respondentů z obou zařízení odpověď, že se s problematikou setkali v odborné literatuře.

Ovšem u otázky, kde měli respondenti zhodnotit vlastní povědomí o dané problematice, shodně v obou zařízeních

v absolutní většině uváděli, že jejich znalosti nejsou ucelené, pouze útržkovité (tj. z doslechu), 30% respondentů se pak domnívalo, že má určité teoretické znalosti i odborného rázu, ovšem odpověď, zda své znalosti respondent považuje za dostatečné, se objevila pouze v jednom případě, paradoxně u pedagoga SŠ.

S tímto zhodnocením znalostí koreluje také otázka zjišťující kompetence pedagoga k intervenci prostřednictvím sebereflexe – zde je patrné, že kompetentněji se vnímají respondenti z DDŠ (neboť je práce s problematickými dětmi náplní jejich praxe), ovšem nechtěli by daný problém řešit sami a vždy by se snažili po zajištění krizové intervence sehnat pomoc odborníka na danou problematiku (uvedlo 80% respondentů z DDŠ). Pouze 20% vychovatelů DDŠ se považuje za nekompetentní k intervenci vzhledem k úrovni svých znalostí, zatímco v případě učitelů SŠ se jedná o téměř polovinu. Ostatní (56%) by také dokázali v aktuální situaci zasáhnout, ovšem dále již by intervenci a terapii odkázali rovněž na odborníka.

Pozitivní ovšem je, že téměř všichni respondenti, a to v obou zařízeních, uvedli zájem o danou problematiku do budoucna. Záporná odpověď se vyskytla pouze v jednom případě u pedagoga SŠ a odpověď spíše ano uvedlo 20% SŠ učitelů. Větší zájem (pouze odpovědi „ano“ či „určitě ano“) projevili respondenti z DDŠ, což vyplývá zřejmě z potřeby řešit podobné případy v praxi.

## 6. ZÁVĚR A DISKUZE

I přes určitá omezení výzkumu, daná zejména nízkým počtem respondentů, především ve druhé části, přinesl výzkum některá zajímavá zjištění. Screeningový dotazník by bylo možné interpretovat jaké jasnou zprávu o palčivosti problematiky sebepoškozování v adolescentní populaci. Je ovšem třeba tyto výsledky interpretovat vzhledem k otázkám, které byly součástí daného dotazníkového šetření. SHI totiž vedle projevů typicky sebepoškozujícího chování zkoumá také rizikové chování, které se vztahuje spíše k psychopatologii a není považováno za symptom sebepoškozování. Jedná se o poměrně rozsáhlou škálu otázek od riskantního řízení a užívání alkoholu po projevy duševního trápení se. Právě tyto otázky, vzhledem k jejich značné míře výskytu v běžné populaci (viz. graf 3), pak způsobily, že výsledné srovnání s rizikovou mládeží v DDŠ bylo zkresleno a rozdíl činil pouhé 3% ve prospěch DDŠ. Tento 3%ní rozdíl tak spíše ukazuje na relativně stejné riziko výskytu hraniční poruchy osobnosti mezi běžnou středoškolskou mládeží a mládeží s rozvinutou poruchou chování v etopedické zařízení. Pokud ovšem vezmeme v úvahu pouze otázky týkající se nejběžněji uváděných projevů sebepoškozujícího chování, jako je řezání se, bouchání se či popálení se (otázka č. 2,3,4), ze šetření jednoznačně vyplývá, že jsou jím několikanásobně více ohroženi dospívající ve výchovném zařízení. V tomto ohledu byla hypotéza vyšší prevalence sebepoškozování v zařízení DDŠ potvrzena.

Ačkoli to nebylo primárním záměrem výzkumného šetření, byla jasně prokázána vyšší prevalence jevu v ženské populaci, a to o 13% ve srovnání s muži, což je v souladu se staršími výzkumy, ačkoli v dnešní době již tato premisa byla překonána.

Co se týče druhé části výzkumu zaměřeného na znalosti a kompetence pedagogických pracovníků v dané oblasti, nebyla

potvrzena výrazně vyšší úroveň znalostí dané problematiky u pedagogů v DDŠ, ačkoli většina z nich udávala přímou zkušenost s projevy sebepoškozování z praxe. Učitelé běžné SŠ prokázali pouze o 1,3% nižší informovanost, ačkoli zkušenost z vlastní praxe byla uvedena pouze u jednoho respondenta (z n=16). Ovšem ve srovnání se zahraničními výzkumy (Reed, 2010; Butts, 2008;) dosáhli pedagogičtí pracovníci srovnatelných hodnot nejen s učiteli v USA, ale i výchovnými poradci (Duggan, Heath, Toste, Ross, 2011), kde je NSSI věnována rozsáhlá pozornost ze strany odborné veřejnosti. Vyrovnaní znalostí by mohlo pramenit z kvalitní úrovně vysokoškolského studia na pedagogických fakultách, neboť mnozí respondenti (polovina z pedagogů se speciálním vzděláním nutným pro práci v DDŠ a třetina u absolventů učitelských oborů) uváděli právě studium za hlavní zdroj informací o dané problematice. Přesto je třeba vykázané znalosti celkově hodnotit jako hraniční, blíže k pásmu podprůměrného porozumění (srov. Duggan, Heath, Toste, Ross, 2011).

Ačkoli tedy znalostně byli obě skupiny respondentů srovnatelné, přesto lépe svoje kompetence k případné intervenci hodnotili pedagogové DDŠ, což zřejmě opět plyne ze zkušenosti z praxe. I přesto však považují pomoc odborníka na danou problematiku za nezbytnou a terapie již je za horizontem jejich dovedností. To se zdá ovšem vzhledem k probíhající transformaci ústavní péče, která si klade za cíl omezení negativních účinků ústavní výchovy daných dlouhodobým pobytem v restriktivním prostředí, nepochopitelné, neboť pokud zařízení nedisponují kvalitní terapeutickou péčí, stává se pobyt dětí se sklony k psychopatologii v nich neodůvodnitelný. Ovšem vzhledem k nedostatku dětských psychiatrů a psychoterapeutů a často i nemožnosti umístění dítěte, ať už do vlastní či pěstounské rodiny, představuje prostředí výchovného ústavu často nejen poslední, ale i jedinou variantu. Možným východiskem by bylo zaměřit se na

zvýšení kvalitní intervence v zařízeních, což se neobejde bez psychoterapeutického proškolení všech pedagogických pracovníků. běžné škole je daná situace jednodušší, neboť stačí zajistit jednoho opravdu kvalitně proškoleného učitele, který bude jmenován na pozici výchovného poradce a bude schopný v případě potřeby zajistit krizovou intervenci. Z hlediska ostatních učitelů je důležitá zejména schopnost rozpoznat příznaky sebepoškozujícího či jinak rizikového chování, což lze vzhledem k průměrným znalostem problematiky pokládat za problematické. Případné nedostatky by si pedagogové byli ochotní doplnit, neboť téměř všichni respondenti uvedli zájem o danou problematiku a ochotu k případnému dalšímu vzdělávání.

Výsledky tedy naznačují, že problematice sebepoškozování by bylo třeba věnovat do budoucna více pozornosti, neboť ačkoli se objevuje zejména v klinické populaci, projevují o ni v rámci dalšího vzdělávání pedagogičtí pracovníci vzhledem k nedostatečným odborným znalostem zájem. Navíc by bylo vzhledem k srovnatelnému výskytu hraniční poruchy osobnosti v celé populaci vhodné zprostředkovat pedagogům symptomatiku, etiologii, možnosti intervence a terapie tohoto relativně četného problému.



## 7. RESUMÉ

This work in the first part mapped prevalence of self-harm in adolescents in mainstream school and children's home and school using SHI questionnaire. The results show that there is no significant difference between normal and troubled youth in the prevalence of the risk behavior itself, but typically self-harm practices are already several times more prevalent among youth with behavioral disorders. The second part aimed to reveal the educators' competence to intervene in case of self-harm in mainstream secondary school, compared with special educational facilities. For this reason, the knowledge of the issue of self-harm was first mapped by SIS questionnaire. A comparison of the facilities didn't confirm a significant difference in the level of teachers' knowledge, but educators from institutional child care while self reflecting their own competence gained rates, which seems to stem from their experience within their own teaching practice.

## **8. SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ**

Obr. č. 1 DDÚ Hradec Králové 2010: Schéma systému poskytované péče ohroženým dětem.....	26
Graf č 1 Rozložení respondentů dle pohlaví.....	59
Graf č. 2 Procentuální rozložení dle rizika hraniční poruchy osobnosti.....	60
Graf č. 3 Poměrné zobrazení kladných odpovědí u jednotlivých položek dotazníku.....	62
Graf č. 4 Procentuální rozložení respondentů dle rizika hraniční poruchy osobnosti a pohlaví.....	63
Tabulka č. 1 Srovnání průměrně dosažených hodnot porozumění problematice sebepoškozování.....	65
Tabulka č. 2 Správné porozumění jednotlivým položkám dotazníku SIS.....	66
Tabulka č. 3 Nesprávné porozumění jednotlivým položkám dotazníku SIS.....	66

## 9. LITERATURA

- DUNOVSKÝ Jiří, DYTRYCH Zdeněk, MATĚJČEK Zdeněk a kol. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada Publishing, 1995.
- ELIADE Micrea. *Iniciace, rituály, tajné společnosti, mystická zrození*. Brno: Computer Press, 2004.
- ELLIOT, Julian; PLACE, Maurice. *Dítě v nesnázích*. Praha: Grada, 2002.
- FAVAZZA, A. *Bodies Under Siege: Self-mutilation and Body Modification in Culture*. Baltimore and London: The John Hopkins University Press, 2011.
- GOTTWALDOVÁ, Martina a kol. *Dlouhodobá příprava dětí s nařízenou ústavní výchovou na vstup do samostatného života*. Chrudim: Centrum J.J.Pestalozziho, 2006.
- HORT, Vladimír; HRDLIČKA, Michal; KOCOURKOVÁ, Jana a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2000.
- Intervention in the Schol*. In NIXON, Michael, K.; HEATH, Nance (Ed.). *Elf in jury in* JÁNSKÝ, Pavel. *Problémové dítě a náhradní výchovná péče ve školských zařízeních*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2004.
- KOPŘIVA, Pavel.; NOVÁČKOVÁ, Jana.; NEVOLOVÁ, Dana.; KOPŘIVOVÁ, Taťána. *Respektovat a být respektován*. Kroměříž: Spirála, 2007.
- KOUTEK, Jiří; KOCOURKOVÁ, Jana. *Sebevražedné chování. Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2003.
- KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 2006.
- LIEBERMANN, R., TOSTE, Jessica R. & HEATH, Nancy L. (in press). *Prevention and* MATĚJČEK, Zdeněk. a kol. *Náhradní rodinná péče*. Praha: Portál. 1999.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. Praha: Slon, 1999.
- NIXON, Mary K., & HEATH, Nancy L. *Self-Injury in Youth: The Essential Guide to Assessment and Intervention*. New York: Routledge Press, 2009.
- PLATZNEROVÁ, Andrea. *Sebepoškozování: Aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. Praha: Galén, 2009.
- PLHÁKOVÁ, Alena. *Dějiny psychologie*. Praha: Grada, 2006.
- ŘÍČAN, Pavel.; KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Dětská klinická psychologie*. 4. vydání Praha: Grada, 2006.
- STEINBERG, Marlene. *Handbook for the assessment of dissociation: A clinical guide*.

Washington: American Psychiatric Publishing, 1995.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999.

VÁGNEROVÁ, Marie.: *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000.

VOJTOVÁ, Věra. *Kapitoly z etopedie. Přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti*. Brno: Masarykova univerzita, 2008.

### **Studie a články z odborných časopisů**

ADLER, Patricia; ADLER, Peter. Do Men Self-Injure? [online], [cit. 2014-02-19]. Dostupné z: <http://www.psychologytoday.com/blog/the-deviance-society/201109/do-men-self-injure>

AHAERN, Bill. Self-Harm or a Request For Help? [online], [cit. 2014-02-19]. Dostupné z: <http://www.psychologytoday.com/blog/radical-behaviorist/201001/self-harm-or-request-help>

BAETENS, Imke; CLAES, Laurence; WILLEM, Lore; MUEHLENKAMP, Jennifer

BIJTTEBIER, Patricia. The relationship between non-suicidal self-injury and temperament in male and female adolescents based on child- and parent-report. 2011. *Personality and Individual Differences*, s. 527–530

BUTTS, Jacquetta Danielle. *Self-Injury in The Schools: A Survey of educators* (2008).

Masters Theses & Specialist Projects.Paper [Online]. [cit. 2014-03-20]. Dostupné na: [7.http://digitalcommons.wku.edu/theses/7](http://digitalcommons.wku.edu/theses/7)

DUGGAN, Jamie M., HEATH, Nancy L., TOSTE, Jessica R.; ROSS, Shana. School Counsellors' Understanding of Non-Suicidal Self-Injury: Experiences and International Variability. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*. 2011. Vol. 45 No. 4. s. 327–348.

FAVAZZA, Armando, R. Nonsuicidal self-injury. How categorization guides treatment. *Current Psychiatry*. Vol. 11, No. 3 2012 [online], [cit.2014-02-19]. Dostupné z: [http://currentpsychiatry.com/pdf/1103/1103cp\\_favazza.pdf](http://currentpsychiatry.com/pdf/1103/1103cp_favazza.pdf)

GRATZ, Kim L. Measurement of Deliberate Self-Harm: Preliminary Data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2001. Vol. 23, No. 4.

KILBURN, Ericka.; WHITLOCK, Janis. Distraction techniques and Alternative Coping Strategies, 2012. Dostupné z: <http://www.crpsib.com/userfiles/File/Coping-Alt%20Strat-REV-ENGLISH.pdf>

LADER, Wendy. 2006. A look at the increase in body focused behaviors. *Paradigm Magazine*. Vol 11(1) & Vol. 9 (4). s. 14 – 18.

LIEBERMANN, Richard; TOSTE, Jessica R.; HEATH, Nancy L. (in press). *Prevention and*

*Intervention in the Schol.* In NIXON, Michael, K.; HEATH, Nance (Eda.). *Self in jury in Youth: The essential guide to assessment and intervention*. Routledge, 2009.

MADGE, Nicola; HEWITT, Anthea; HAWTON, Keith; WILDE, Erik Jan de; CORCORAN, Paul; FEKETE, Sandor; HEERINGEN, Kees van; De LEO, Diego; YSTGAARD, Mette. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008. Volume 49, Issue 6. s. 667–677.

MUEHLENKAM, Jennifer.; CLAES, Laurence.; HAVERTAPE, Lindsey.; PLENER, Peter. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. [online], [cit. 2014-02-19]. Dostupné z: <http://www.capmh.com/content/6/1/10>

PIETRUSZA, Celeste; SHEA, Stephanie; WHITLOCK, Janis. Recovering from NSSI. The Role of therapy in the recovery process [online], [cit. 2013-02-19]. Dostupné na WWW: <http://www.crpsib.com/userfiles/RecoveryTherapy2010.pdf>

PRAŠKO, Ján. ; SEIFERTOŮVÁ, Dagmar. Předstírané poruchy a simulace. *Medicína Pro Praxi* 2008; 5(3): s. 128–132.

PURINGTON, Amanda.; BOOKER, Karene. Understanding Self - Injury [online], [cit. 2014-02-19]. Dostupné z: [http://www.human.cornell.edu/hd/outreach-extension/upload/CHE\\_HD\\_Self\\_Injury-final.pdf](http://www.human.cornell.edu/hd/outreach-extension/upload/CHE_HD_Self_Injury-final.pdf)

REED, Amy. *School Counselors' Training, Knowledge, and Perceptions of Non-Suicidal Self-Injury*. 2010. Masters Theses & Specialist Projects. Paper [Online]. [cit. 2014-03-20]. Dostupné na: [http://digitalcommons.wku.edu/do/search/?q=author\\_lname%3A%22Reed%22%20author\\_fname%3A%22Amy%22&start=0&context=276414](http://digitalcommons.wku.edu/do/search/?q=author_lname%3A%22Reed%22%20author_fname%3A%22Amy%22&start=0&context=276414)

ROD, Aleš. *Electronic Journal for Philosophy*. Praha: VŠE. 13/2012. [Online]. [cit. 2014-03-20]. Dostupné na: <http://nb.vse.cz/kfil/elogos/science/rod12.pdf>

ROZSÍVALOVÁ, Eva, TREFILOVÁ, Anna; PACLT, Ivan. Sebeпоškozování u dospívajících. *Český a slovenský psychiatr*. 2010; 106(4). s. 239 -244.

SANSONE, Randy A.; SANSONE, Lori A.. Measuring Self-harm Behavior with Self-harm Inventory. *Psychiatry*, Edgmont 2010; 7(4); s. 16-20.

SANSONE, Randy A.; WIEDERMAN, Michael W.; SANSONE, Lori A. The Self-Harm Inventory (SHI): Development of a Scale for Identifying Self-Destructive Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 1998. Vol. 54(7), s. 973–983.

SELBY, Eddie. Cutting to Escape From Emotional Pain? [online], [cit. 2014-02-19].

Dostupné z:<http://www.psychologytoday.com/blog/overcoming-self-sabotage/201001/cutting-escape-emotional-pain>

SHEARD, T., EVANS, J., CASH, D., HICKS, J., KING, A., MORGAN, N., NERELI, B., PORTER, I., REES, H., SANFORD, J., SLINN, R., SUNDER, K. and RYLE, A. 2000. A CAT-derived one to three session intervention for repeated deliberate self-harm: A description of the model and initial experience of trainee psychiatrists in using it. *British Journal of Medical Psychology*, 73: 179–196.

SOUKUP, Jan; PAPETOVÁ, Hana. Disociace v dětství: diagnostika. Dotazník disociace v dětství. *Česká a slovenská psychiatrie*, 2008. 104, 5, s. 236 – 240.

URBAN, Aleš; MASOPUST, Jiří. Münchhausenův syndrom. *Psychiatria pre praxi*, 2/2004. s. 59-63 [Online]. [cit. 2014-03-20]. Dostupné na:<http://www.solen.sk/pdf/Urban.pdf>

WHITLOCK, Janis. 2009. The cutting edge: non-suicidal self-injury in adolescence, [online], [cit. 2014-02-19]. Dostupné z: [http://www.actforyouth.net/resources/rf/rf\\_nssi\\_1209.pdf](http://www.actforyouth.net/resources/rf/rf_nssi_1209.pdf)

#### **Elektronické odkazy**

AMERICAN SELF-HARM INFORMATION CLEARINGHOUSE [online]. Seattle, 1999. [cit. 2014-02-22]. Dostupné z: <http://www.selfinjury.org/indexnet.html>

BONTA, Misty; JANKANS, Sherry; LOPES, Liana. VILLASENOR; Delia. Self-Injury Interventions for School Psychologists. Outline of Presentation. [online], [cit. 2014-02-19]. Dostupné z: <http://www.csus.edu/indiv/b/brocks/Workshops/CASP/Self-Injury%20Interventions.08.pdf>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Rozvodovost*. [online], [cit. 2013-02-19]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/rozvodovost>

HELPGUIDE. Cutting and Self – harm [online], [cit. 2014-02-19]. Dostupné na WWW: [http://www.helpguide.org/mental/self\\_injury.htm](http://www.helpguide.org/mental/self_injury.htm)

INTERNATIONAL SOCIETY FOR THE STUDY OF SELF-INJURY. [Online]. [cit. 2013-03-20]. Dostupné na: <http://www.itriples.org/index.html>

MŠMT ČR. *Národní akční plán k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti na období 2009 až 2011*. [Online]. Dostupné na: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/7440/NAP.pdf> [cit. 2014-03-02].

MŠMT ČR. *Národní strategie prevence násilí na dětech v ČR na období 2009 – 2010*. [Online]. [cit. 2014-03-20]. Dostupné z:

[http://www.vlada.cz/assets/ppov/rp/dokumenty/strategie-prevence-nasili-na-letech/Narodni-akcni-plan-realizace-Strategie-prevence-nasili-na-detech-2009-2010\\_1.pdf](http://www.vlada.cz/assets/ppov/rp/dokumenty/strategie-prevence-nasili-na-letech/Narodni-akcni-plan-realizace-Strategie-prevence-nasili-na-detech-2009-2010_1.pdf)

MŠMT ČR. Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání, 1. vyd. Praha. 2004.

MŠMT ČR. Vyhláška č. 458/2005 Sb., kterou se upravují podrobnosti o organizaci výchovně vzdělávací péče ve střediscích výchovné péče.

MŠMT ČR. Zákon 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů.

MŠMT ČR. Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících.

NATIONAL CHILDRENS BUREAU. *Young People and Self Harm*. [online ], [cit. 2014-02-19]. Dostupné z: <<http://www.selfharm.org.uk/>>

S.A.F.E. Alternatives, [online], [cit. 2013-02-19]. Dostupné z: <http://www.selfinjury.com/>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Psychiatrická péče 2011 – Zdravotnická statistika* [online], [cit.2014-02-19]. Dostupné na: [www.uzis.cz](http://www.uzis.cz)

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR: *Mezinárodní klasifikace nemocí* (MKN 10). [online], [cit. 2013-02-19]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. 2007. *Sborník stanovisek veřejného ochránce práv – Rodina a dítě*. [Online]. [cit. 2013-03-20]. Dostupné z: [http://www.vzd.cz/sites/default/files/Rodina\\_a\\_dite\\_Sbornik\\_stanovisek\\_veřejneho\\_ochrance\\_prav.pdf](http://www.vzd.cz/sites/default/files/Rodina_a_dite_Sbornik_stanovisek_veřejneho_ochrance_prav.pdf)

VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. 2011. *Zpráva ze systematických návštěv školských zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy*. [Online]. [cit. 2013-03-20]. Dostupné z: [www.ochrance.cz/fileadmin/user\\_upload/ochrana\\_osob/2012/2012\\_skolska-zarizeni.pdf](http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/2012/2012_skolska-zarizeni.pdf).

VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. *Standardy péče o ohrožené děti a jejich rodiny* [Online]. [cit. 2013-03-02]. Dostupné z: [http://www.ochrance.cz/fileadmin/user\\_upload/ochrana\\_osob/2012/Standardy\\_final.pdf](http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/2012/Standardy_final.pdf)

Poznámka:

Kapitola č. 3 byla převzata z mé diplomové práce obhájené vloni na PdFUHK – viz. ZIMMERMANNOVÁ, Táňa. *Souvislost prožívání přímé pedagogické činnosti a vztahových mechanismů k žákům u učitelů v dětském domově se školou*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2013. s. 80. Diplomová práce.

## 10. PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Self-harm Inventory – dotazník na sebepoškozování

Zdroj: *SANSONE, Randy A.; SANSONE, Lori A.. Measuring Self-harm Behavior with Self-harm Inventory. Psychiatry, Edmont 2010; 7(4); s. 16-20.*

### SELF-HARM INVENTORY

**Instructions:** Please answer the following questions by checking either, "Yes," or "No." Check "yes" only to those items that you have done intentionally, or on purpose, to hurt yourself.

Yes	No	Have you ever intentionally, or on purpose, done any of the following:
___	___	1. Overdosed? (If yes, number of times___)
___	___	2. Cut yourself on purpose? (If yes, number of times___)
___	___	3. Burned yourself on purpose? (If yes, number of times___)
___	___	4. Hit yourself? (If yes, number of times___)
___	___	5. Banged your head on purpose? (If yes, number of times___)
___	___	6. Abused alcohol?
___	___	7. Driven recklessly on purpose? (If yes, number of times___)
___	___	8. Scratched yourself on purpose? (If yes, number of times___)
___	___	9. Prevented wounds from healing?
___	___	10. Made medical situations worse on purpose (e.g.,skipped medication)?
___	___	11. Been promiscuous (i.e., had many sexual partners)? (If yes, how many?___)
___	___	12. Set yourself up in a relationship to be rejected?
___	___	13. Abused prescription medication?
___	___	14. Distanced yourself from God as punishment?
___	___	15. Engaged in emotionally abusive relationships? (If yes, number of relationships?___)
___	___	16. Engaged in sexually abusive relationships? (If yes, number of relationships?___)
___	___	17. Lost a job on purpose? (If yes, number of times___)
___	___	18. Attempted suicide? (If yes, number of times___)
___	___	19. Exercised an injury on purpose?
___	___	20. Tortured yourself with self-defeating thoughts?
___	___	21. Starved yourself to hurt yourself?
___	___	22. Abused laxatives to hurt yourself? (If yes, number of times___)

Have you engaged in any other self-destructive behaviors not asked about in this inventory? If so, please describe below.



Příloha č. 2: Self-harm Survey – dotazník na kompetence pedagogů v oblasti sebepoškozování

**Zdroj:** BUTTS, Jacquetta Danielle. *Self-Injury in The Schools: A Survey of educators* (2008). *Masters Theses Specialist Projects.Paper [Online]. [cit. 2014-03-20]. Dostupné na: 7.*<http://digitalcommons.wku.edu/theses/7>

**For the questions below the term self-injury will be used. Self-mutilation, self-harm, deliberate self-harm, deliberate self-mutilation, and cutting are other terms used to identify this behavior.**

9) Based on your knowledge of self-injury please answer the following questions by placing an "X" in the box under your response:	Strongly Disagree	Disagree	Unsure	Agree	Strongly Agree
Self-injury is a form of communication.					
Self-injury is a sign of madness/mental illness.					
Self-injury provides a way of staying in control.					
Self-injury provides distraction from thinking.					
People who self-injure will "grow out of it" eventually.					
Self-injury is a manipulative act.					
Self-injury can obtain/promote feelings of euphoria.					
Self-injury is a "woman's problem."					
Self-injury is a release for anger.					
Self-injury is an expression of emotional pain.					
The best way to deal with people who self-injure is to make them stop.					
People who self-injure have been sexually abused.					
Self-injury is a failed suicide attempt.					
Self-injury helps individuals deal with problems.					
Self-injury is a coping strategy.					
Self-injury is attention-seeking.					
Self-injury helps a person maintain a sense of identity.					
Everybody who self-injures suffers from Munchausen's Disease (self-inflicted injuries that are calculated to produce specific symptoms that will lead to medical hospital admissions).					
Self-injury provides escape from depression.					
People who self-injure should be kept in psychiatric hospitals.					
Self-injury is a form of suicide.					
Self-injury is a precursor to suicide.					
Individuals who self-injure are suicidal.					
Self-injury is distinct from suicide.					

10) Indicate your agreement with the following statements about self-injury by placing an "X" in the box under your response:	Strongly Disagree	Disagree	Unsure	Agree	Strongly Agree
Self-injury is a precursor to psychopathology (A serious emotional disturbance).					
Self-injury is distinct from psychopathology (A serious emotional disturbance).					
Self-injury can be a feature associated with psychopathology (A serious emotional disturbance).					
Individuals who have body piercings and/or have tattoos have a problem with self-injury.					
Tattoos and/or body piercing are only indicative of self-injury if the person does it to themselves.					
Self-injury is distinct from tattooing and/or body piercing.					
Students who self-injure are most often from middle to upper-middle class homes.					